



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiatria

Relatório de estágio

Gestão de comportamentos agressivos na criança e adolescente com doença mental

- Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

Ana Patrícia Fernandes Pereira

Lisboa

2015





Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Relatório de estágio

**Gestão de comportamentos agressivos na criança e
adolescente com doença mental**

- Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

Ana Patrícia Fernandes Pereira

Orientador: Maria Isabel Costa Silva

Lisboa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

A todos os jovens que fizeram parte deste caminho, por me fazerem lembrar como é ser criança e adolescente...

À equipa docente, com merecido destaque:

Prof. Isabel Costa Silva pela presença, pela insistência na excelência do olhar.

Prof. António Nabais pelo incentivo, disponibilidade e sentimento de segurança que proporcionou.

Prof. Doutor Paulo Dias, da Faculdade Filosofia de Braga, pelos conhecimentos, pela enorme partilha e disponibilidade. Por acreditar que é possível fazer diferente.

Aos colegas de profissão...

Do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do Hospital e Clínica onde trabalho.

Susana Correia, orientadora clínica, foste mestre, parceira, tudo o que mais precisei.

À família:

Porque sempre acreditaram. Porque este trabalho também é vosso.

Aos amigos:

Pelo carinho, pela coragem que me transmitiram.

Porque fui e sou um ser construído por todos Vós.

Um sincero obrigada.

“Os dois dias mais importantes da tua vida são: o dia em que nasceste e o dia em que descobriste o porquê.”

Mark Twain

RESUMO

O comportamento agressivo constitui frequentemente a principal causa de atendimento de caráter emergente na infância e adolescência. Em serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência, onde ocorrem diariamente comportamentos desta índole, a prevenção e gestão devem focar-se em intervenções que apoiem o auto-controlo de modo a incentivar a auto-determinação e respeito pela autonomia dos jovens. Das abordagens terapêuticas possíveis, fomentar a auto-regulação no adolescente, através de estratégias que favoreçam o reconhecimento de emoções, modulação de comportamentos e cognições, permite o ajustamento durante este período de risco aumentado, abrindo janelas de possibilidade de mudanças no bem estar físico e psicológico. As intervenções especializadas de enfermagem foram sustentadas na Teoria das transições de Afaf Meleis e operacionalizadas seguindo a metodologia do trabalho de projeto.

O estágio hospitalar pretendeu desenvolver competências na prevenção e gestão de comportamentos agressivos tendo por base o desenvolvimento de capacidades auto-regulatórias dos adolescentes com doença mental. Aplicou-se o Inventário de Auto-regulação do Adolescente (IARA-2) que, para além de suportar as intervenções de enfermagem realizadas, proporcionou conhecimento acerca da relação existente entre as dificuldades de auto-regulação e a existência de comportamentos agressivos. Os principais resultados revelam diferenças significativas na auto-regulação em função dos motivos de internamento, os jovens com perturbação do comportamento apresentaram pontuações mais baixas, sugerindo que apresentam menos capacidades de auto-regulação. O estágio em contexto comunitário teve como objetivo desenvolver competências na gestão das diferentes formas de expressão do sofrimento psíquico no adolescente, através da intervenção de âmbito sociodramático.

Todo o percurso construído e descrito ao longo deste relatório se reconhece como um caminho de crescimento pessoal e profissional, que permitiu o desenvolvimento consistente e sistematizado das competências específicas para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Palavras chave: Infância e Adolescência; Prevenção/Gestão da Agressividade; Auto-regulação;

ABSTRACT

Aggressive behavior is often the main reason for emergency care in childhood and adolescence. In psychiatric services for children and adolescents, where behaviors of this nature occur daily, prevention and management should focus on interventions that promote self-control in order to encourage self-determination and to respect the autonomy of young people. Of all possible therapeutic approaches, the encouragement of self-regulation in teens, through strategies that favor the recognition of emotions and modulation of behaviors and cognitions, allows for adjustment in this period of increased risk, creating the opportunity for improved physical and psychological well-being. Specialized nursing interventions were based on the Theory of Transitions by Afaf Meleis and operationalized according to the methodology set out in the project assignment.

The hospital internship aimed at the development of skills in the prevention and management of aggressive behavior, based on the development of self-regulatory skills in adolescents with mental illness. The Adolescent Self-Regulatory Inventory was applied. In addition to supporting the nursing interventions that were carried out, it provided insight on the relationship between the difficulties on self-regulation and the occurrence of aggressive behavior.

The main results showed significant differences in self-regulation related to the reason for hospital admission. Young people with conduct disorders had lower scores on the Adolescent Self-Regulatory Inventory suggesting that they had less self-regulation skills.

The internship carried out in the community aimed to develop skills in managing the different forms of expression of psychological distress in adolescents, through sociodramatic interventions.

The built and described path on this report is recognized as professional and self growth trail, which allowed the consistent and systematized development of the specific skills for the mental health and psychiatry specialised nurse.

Keywords: Childhood and Adolescence; Prevention / Management of Aggressiveness; Self-regulation;

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACS – Alto Comissariado de Saúde

APA – *American Psychiatric Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESMP – Especialidade Saúde Mental e Psiquiatria

IARA 2 – Inventário de Auto-regulação do Adolescente

OE – Ordem dos Enfermeiros

SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades

WHO – *World Health Organization*

UIPIA - Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

ÍNDICE

	PÁG
1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. A agressividade na criança e adolescente	14
2.2. Capacidades auto-regulatórias e sua correlação com comportamentos agressivos	17
2.2.1. Inventário de Auto-regulação do Adolescente	21
2.3. Intervenções de Enfermagem - Teoria das Transições de Afaf Meleis	22
3. PRÁTICA CLÍNICA: PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E SUA ARTICULAÇÃO COM AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	26
3.1. Contexto Hospitalar – Estágio UIPIA	26
3.1.1. Caracterização da UIPA	27
3.1.2. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas	29
3.2. Contexto Comunitário – Estágio Equipe Comunitária Pedopsiquiatria	42
3.2.1. Caracterização da Equipe Comunitária Pedopsiquiatria	43
3.2.2. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	
ANEXO I – Inventário de Auto-Regulação do Adolescente (IARA-2)	
ANEXO II – Consentimento esclarecido para participação em estudos de investigação em saúde	
ANEXO III - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	

APÊNDICES

APÊNDICE I – Resultados obtidos da aplicação do Inventário Auto-Regulação do Adolescente

APÊNDICE II – Questionário socio-demográfico

APÊNDICE III – Estudo de Caso – a História de T.M.

APÊNDICE IV – Primeiro diário de aprendizagem - contexto hospitalar

APÊNDICE V – Segundo diário de aprendizagem – contexto hospitalar

APÊNDICE VI – Registo de interação

APÊNDICE VII – Atividade: “Mímicas das emoções.”

APÊNDICE VIII – Atividade: “A forma como comunico.”

APÊNDICE IX – Atividade: “Uma história feita por nós.”

APÊNDICE X Atividade: “Relaxamento progressivo de Jacobson – modelo adaptado.”

APÊNDICE XI – Atividade: “Estar em relação: os meus medos.”

APÊNDICE XII – : Atividade “Reconheço-me e reconheço-te.”

APÊNDICE XIII – Atividade: “As minhas máscaras.”

APÊNDICE XIV – Primeiro diário de aprendizagem – contexto comunitário

APÊNDICE XV – Segundo diário de aprendizagem – contexto comunitário

APÊNDICE XVI – Resultados obtidos SDQ referentes ao grupo terapêutico

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório inscreve-se no ciclo de estudos do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, que tem como finalidade o desenvolvimento de competências específicas de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) e atribuição de Grau de Mestre, através do exercício descritivo e soberanamente reflexivo sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio e sua posterior discussão. Partindo, à luz da concepção de Benner (2001), do nível de iniciada, o caminho foi percorrido com vista à consecução do nível de perita na área supramencionada, reconhecendo para isso a relevância da reflexão e compreensão da *praxis* sustentada em referenciais teóricos ancorados na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Como forma de atender a um desejo e interesse pessoal e, mais que isso, a uma necessidade da *praxis* atual, o explorar conhecimentos, formular, pensar e construir diferentes formas de atuação em torno da problemática de gestão da agressividade em crianças e adolescentes com doença mental, tornou-se imperativo. Enquanto enfermeira a desempenhar funções há seis anos, em serviços de internamento de Psiquiatria e Saúde Mental de adultos, as inquietações suscitadas por esta problemática de grande magnitude, vieram incitar a imprescindibilidade de apresentar uma atitude mais crítica em relação à prática atual. É urgente saber estar, saber fazer e saber ser. É primordial otimizar o conhecimento e desenvolvê-lo no esplendor do exercício profissional de enfermagem.

Enquanto profissão, a enfermagem concretiza a sua ação na relação com pessoas. Cuidar implica necessariamente estabelecer uma relação, relação esta que se afigura como a razão da existência da enfermagem. Chalifour (2008), considera que a própria relação estabelecida corresponde ao aspeto mais significativo do processo terapêutico. Todavia, assume-se a existência de comportamentos agressivos como particularmente difíceis e limitadores *na* e *para* a relação entre enfermeiro e cliente. Assim, independentemente da forma como a agressividade é expressa, a mesma acarreta consigo danos marcantes para todos os intervenientes

da relação: clientes, profissionais de saúde e também para o ambiente terapêutico (Hage, Van Meijel, Flutters, Berden, 2009).

Da análise realizada na revisão da literatura e da vivência do cuidar, verifica-se uma tendência crescente em torno de preocupações quanto à gestão dos comportamentos agressivos. Os diversos documentos consultados nacionais e internacionais, dão conta da frequência desta problemática, bem como dos efeitos que produzem em todos os elementos envolvidos. A sua origem é multifatorial, mas assume-se que as suas manifestações possam estar profundamente relacionadas com situações transacionais, como o próprio internamento (Liu, Lewis, Evans, 2013). Não obstante, constata-se que o próprio comportamento agressivo constitui *per si* frequentemente a principal causa de atendimento de caráter emergente na infância e adolescência (Crocker, Stargatt, Denton, 2010).

Tendo em conta as múltiplas mudanças a que as crianças e adolescentes estão sujeitos nestas fases de desenvolvimento, os comportamentos agressivos são mais comuns. Frequentemente, é-lhes associada uma vulnerabilidade acrescida para o desenvolvimento de doença mental (Meleis, 2005). Neste sentido, a *World Health Organization* (WHO) (2005), refere que muitas destas patologias são recorrentes e crónicas, geradoras de incapacidades na fase de adultícia, conduzindo igualmente a grandes encargos para a sociedade (Marques, Cepêda, 2009). De acordo com os mesmos autores (2009), a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência é de cerca de 10 a 20%, sendo que uma em cada cinco crianças apresenta problemas mentais e esta realidade parece continuar a aumentar. Para estes autores (2009) são identificadas duas grandes categorias diagnósticas específicas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Perturbações do Desenvolvimento Psicológico e Perturbações do Comportamento e Emocionais. Este último grupo constitui cerca de 90% dos transtornos psiquiátricos, nele incluem-se as perturbações do comportamento, hiperatividade/défice de atenção e perturbações emocionais da infância (Marques, Cepêda, 2009).

Por sua vez, as alterações do comportamento estão intimamente associadas aos comportamentos agressivos, tornando-se comum a sua existência nos serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência.

As boas práticas clínicas no âmbito da gestão destes comportamentos enfatizam a intervenção precoce e o uso de estratégias cada vez menos restritivas. A gestão

deve focar-se em intervenções que apoiem o auto-controlo do cliente, de modo a incentivar a sua autodeterminação e respeitar a sua autonomia (Berg, 2012). É essencial garantir um ambiente seguro e terapêutico (Hoare, Wilson, 2010 citado por Berg, 2012).

Reportando-me para a experiência hospitalar, onde o projeto se desenvolveu, as atividades terapêuticas realizadas levaram à compreensão da expressão da agressividade para cada adolescente internado, sob a perspectiva do desenvolvimento das suas capacidades auto-regulatórias.

As capacidades de auto-regulação desempenham um papel importantíssimo no funcionamento humano, na resiliência e no sentimento de bem estar físico e psicológico (Elliot, Thrash, Murayama, 2011; Dias, Del Castillo, Moilanen, 2014). Nestas circunstâncias, crianças e adolescentes com menor capacidade de regular as suas emoções, cognições e comportamentos, estarão mais predispostos e em maior risco de desenvolver comportamentos agressivos e violentos, tal como demonstra um estudo levado a cabo em 2010 por Neumann, Lier, Gratz, e Koot, em que 13% a 15% dos adolescentes com estas dificuldades apresentaram alterações do comportamento, com manifestos comportamentos agressivos, violentos e de delinquência.

As primeiras manifestações de agressividade surgem durante a infância e adolescência (Berg, Kaktiala-Heino, Valimaki, 2011). Deste modo, os cuidados prestados a crianças e adolescentes, conduziram-me a uma melhor compreensão dos comportamentos agressivos, possibilitando a construção de um cuidar precoce e preventivo, melhorando desta forma posteriormente a minha intervenção com os adultos de quem cuido.

Assim, realizei um estágio no âmbito hospitalar, numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), com início a 29 de Setembro de 2014 e *términus* a 10 de Fevereiro de 2015. Desenvolvi o estágio de âmbito comunitário, numa Equipa Comunitária de Pedopsiquiatria, pertencente ao mesmo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do contexto hospitalar, com início a 28 de Outubro de 2014 e terminou a 18 de Fevereiro de 2015.

Selecionei os locais de estágio tendo em conta a riqueza de conhecimentos e projetos desenvolvidos na área da gestão da agressividade, traduzindo-se numa prática que favorece fundamentalmente a participação ativa do cliente.

Em contexto hospitalar, o meu objetivo foi desenvolver competências na área da prevenção e gestão da agressividade nas crianças e adolescentes em situação aguda de doença. Tendo em conta o referido realizei intervenções de enfermagem de âmbito psico e socioterapêutico com vista à melhoria das capacidades auto-regulatórias dos clientes. Durante o estágio foi aplicado o Inventário de Auto-Regulação do Adolescente (IARA-2) (*vide* anexo I), traduzido e validado para a população portuguesa em 2014, por Dias, Del Castillo e Moilanen, em adolescentes entre os 11 e os 17 anos de idade. A aplicação deste instrumento permitiu-me uma melhor compreensão das capacidades auto-regulatórias e sua relação com as expressões da agressividade, tendo em conta a idade, género e motivo de internamento. A aplicação do instrumento e os resultados obtidos possibilitaram o desenvolvimento de intervenções mais sensíveis e adaptadas à população internada.

Em contexto comunitário, procurei realizar e avaliar intervenções de enfermagem de âmbito psico e socioterapêutico na prevenção e gestão de comportamentos agressivos, num *setting* terapêutico grupal. Para isso, procurei desenvolver estratégias e intervenções de enfermagem que favorecessem sobretudo a expressão emocional, através da intervenção de âmbito sociodramático.

Quanto à organização do relatório, o mesmo encontra-se dividido em três partes. A primeira parte integra o referencial teórico que fundamenta as intervenções desenvolvidas, fazendo alusão aos conceitos de agressividade na criança e adolescente, a sua correlação com as capacidades de auto-regulação, bem como o quadro de referência de Enfermagem de Afaf Meleis. Na segunda parte, apresento o percurso realizado em contexto clínico, explicitando as intervenções realizadas, os resultados obtidos e as reflexões daí decorrentes, fundamentando através da articulação com as competências específicas do EESMP. Por último, surgem as considerações finais, onde realizo um sumário do percurso realizado, reflito acerca das limitações que surgiram e as questões daí decorrentes, bem como propostas para percursos futuros nesta área.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os conceitos chave que suportam do ponto de vista teórico este projeto. Assim, foram mobilizados conceitos como a agressividade na criança e adolescente, capacidades auto-regulatórias e sua correlação com comportamentos agressivos, bem como a Teoria das Transições de Afaf Meleis que serviu como quadro de referência às intervenções de enfermagem.

2.1. A agressividade na criança e adolescente

O conceito de agressividade é de difícil definição pelas suas influências subjetivas, tratando-se de um construto multideterminado e inerente ao ser humano (Farrell, 1997). Os termos agressividade e violência são frequentemente alvo de utilização indiscriminada e considerados, erradamente, sinónimos. Todavia, os autores teóricos nesta área de estudo, têm realizado um esforço importante no sentido de diferenciar e conceptualizar de forma cada vez mais clara os seus significados.

Assim, a agressividade corresponde a um comportamento adaptativo que surge através da utilização de força física ou verbal, como uma reação a uma percepção de ameaça (Niehoff, 1999, citado por Kristensen, Lima, Ferlin, Flores, Hackmann, 2003; Gagliotto, Berté, Vale, 2012). Distingue-se, de acordo com Freud, pela sua intencionalidade de defesa do EU, como meio para se salvar da destruição. A agressividade existe desde sempre na vida interior de cada um, e não é necessariamente “má”, pode ser força criativa e construtora se mediada, mas se reprimida ou negada pode conduzir à auto-destruição.

Especificamente nas fases de desenvolvimento da infância e adolescência, onde estão implicadas muitas (re)construções, a intensidade das vivências pode ser sentida com grande agressividade, que tendo em conta as dificuldades elaborativas das defesas do Ego, levam os jovens a utilizarem a passagem ao ato, a acção,

como forma de libertar essa agressividade, protegendo-se desta maneira de uma agressividade difícil de tolerar, através da acção, algumas vezes expressa em violência, contra si ou contra outros. Citando Freud (Ferreira, 2002, p.485) “existe em todo o ser humano, em certa quantidade, uma tendência à agressão e há que encontrar-lhe uma saída para que ela não venha a ser patogénica.”

A violência é a agressividade agida, é aquela também que diz respeito à violação do espaço psíquico. Resulta do balanço inadequado entre os impulsos agressivos e o amor, levando a que a energia destrutiva se acumule na sua forma primitiva, conduzindo ao comportamento violento (Richter, Whittington, 2006), cuja acção utiliza a violação do espaço físico e/ou psíquico, contra alguém ou algo. Geralmente trata-se de um ato de utilização de poder que provoca constrangimento físico ou moral, como forma de anulação do outro (Anderson, Bushman, 2002). Portanto, a patologia, expressa através de violência, corresponde à incapacidade de integrar a tendência agressiva ou de a usar sob controlo, ou seja, decidir do destino certo a dar-lhe, do alvo ou destinatário a que se dirige, a da adequação ou boa dose: como quantidade, para nos manter em equilíbrio psíquico (Ferreira, 2002).

Os comportamentos agressivos representam a manifestação observável do fenómeno de agressividade e podem estar frequentemente associados a mudanças de estadios de desenvolvimento. Não obstante, dependendo dos contextos e formas como são manifestados, se se reproduzirem continuamente podem levar a criança e adolescente a tornarem-se predispostos ao desenvolvimento doença mental (Liu, Lewis, Evans, 2013). Estes comportamentos surgem habitualmente na primeira/segunda infância ou durante a adolescência. De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA) (2002), estes comportamentos inserem-se no espectro das perturbações do comportamento. As suas manifestações são consideradas, segundo Marques e Cepêda (2009, p. 23) um “grupo complexo de situações (...) caracterizadas por um padrão persistente de dificuldades em aceitar regras; passagens a atos agressivos, desencadeados frequentemente por situações de frustração; comportamentos anti-sociais de gravidade variável.”

De acordo com Bambauer e Conner (2005) citado por Hage et al. (2009), o comportamento agressivo é frequente em adolescentes com diagnóstico de perturbação mental e parece ser mais duradouro, intenso e resistente a

intervenções, quando comparado com adolescentes sem diagnóstico prévio de doença mental.

A revisão da literatura permitiu compreender que a origem do comportamento agressivo e violento assenta numa causa multifactorial, mas é amplamente aceite que as perturbações psicopatológicas representem um fator determinante para o seu surgimento (Hage et al., 2009). O défice de atenção/hiperatividade, comportamentos de oposição, depressão, trauma e história de abusos constituem fatores de risco para o surgimento de comportamentos agressivos em crianças e adolescentes (Hage et al., 2009). Igualmente relevantes são os fatores de ordem externa e situacionais (Duxbury, 2003), em que crianças e adolescentes com história familiar de agressividade e violência ou com história de práticas parentais inconsistentes e inadequadas, têm maior risco de apresentarem este tipo de comportamentos (Berg, 2012). Baixo *status* sócio-económico e criminalidade parental contribuem para o aumento da agressividade em tenra idade. (Bailey et al., 2007 citado por Berg, 2012).

O comportamento agressivo tem sido relacionado com conflitos despertados pelo ambiente interpessoal que, agem de forma a fortalecer os impulsos agressivos. Por sua vez, estes impulsos não regulados podem dar origem a comportamentos de risco psicossocial, sobretudo com manifestações de violência (Guimarães, Pasian, 2006). Concretamente na criança e adolescente, a agressividade pode assumir proporções extensíveis, levando a um comprometimento a vários níveis da sua vida.

Fatores individuais como traços da personalidade marcados por impulsividade, dificuldade em adiar sentimentos de gratificação, temperamento difícil, concorrem igualmente para o surgimento deste tipo de comportamento (Loeber, Hay, 1997, Valois et al., 2002, Hage et al., 2009). Além disso, crianças e adolescentes com comportamentos agressivos, muitas vezes, apresentam mais problemas nas capacidades autoregulatórias, raciocínio abstrato e resolução de problemas (Berg, 2012).

Nas últimas duas décadas, o estudo dos processos auto-regulatórios tem suscitado interesse na comunidade científica (Neumann, Lier, Gratz, Koot 2010). Contudo constata-se menor enfoque investigativo na correlação das capacidades auto-regulatórias deficitárias na infância e adolescência com o comportamento agressivo, quando comparado com a faixa etária dos adultos.

Tanto pelo caráter emergente de atendimento, como pelas consequências a longo prazo que os comportamentos agressivos representam para a sociedade (Berg, 2012) e em particular para o bem estar bio-psico-social da criança e adolescente é crucial fomentar o desenvolvimento de ferramentas regulatórias nestes indivíduos.

A evidência científica sugere-nos que dificuldades na capacidade de regular as emoções (Neumann et al., 2010), moldar comportamentos e na interpretação adequada do contexto ambiental (Barros, Silva, 2006) estão associados ao aparecimento de problemas internalizantes (ansiedade, depressão e evitamento social) e problemas externalizantes (hetero e auto agressividade e problemas de conduta) (Neumann et al., 2010).

2.2. Capacidades auto-regulatórias e sua correlação com comportamentos agressivos

Entre as várias conceptualizações teóricas da auto-regulação, surge como ponto convergente o fato de se afigurar a utilização de funções executivas, através dos processos neuropsicológicos que concorrem para a capacidade de auto-controlo físico, emocional e social, as quais permitem manter ou atingir determinados objetivos (Bandura, 1997; Zimmerman, 2000, citado por Nathalie, 2011). Para a perita no estudo dos processos regulatórios no adolescente, Kistin Moilanen (2005), o processo de auto-regulação corresponde à capacidade de ativar de forma flexível, monitorizar, inibir e/ou adaptar o comportamento, atenção, emoções e estratégias cognitivas em resposta a sinais internos, estímulos ambientais e *feedback* de outros. Esta abordagem considera a perspetiva do indivíduo como ser único, tomando em consideração o seu conhecimento anterior, bem como as suas experiências, como forma de atingir os seus objetivos atuais, de acordo com uma visão desenvolvimentista (Dias, Del Castillo, Moilanen, 2014).

A capacidade de identificar objetivos e planear ações sequenciais surge quando a criança desenvolve a capacidade de representação mental, por volta dos dois anos de idade e, desenvolve-se mais tarde ao longo da sua vida. Em vários contextos, a criança tem como objetivo metas cada vez mais complexas. Deste

modo, o planejamento das suas ações torna-se cada vez mais estruturado e sistemático, variando de acordo com os requisitos de cada tarefa (Nathalie, 2011).

Mais tarde, durante a adolescência, as capacidades de auto-regulação influenciam determinantemente o rumo tomado por cada indivíduo. Nesta fase, considerada por muitos autores como uma etapa exigente e conturbada (Fuertes, Lopez, 1999; Ferreira, Sousa, 2003; Guimarães, Pasian, 2006;), o adolescente vivencia uma reconfiguração das suas relações pessoais, tanto com a família como com os seus pares. Também aumentam as suas responsabilidades académicas e pressões na definição do seu sentido profissional, para além de todos os outros desafios pessoais (Zimmer-Gembeck, Skinner, 2008). Deste modo, uma adaptação bem sucedida está diretamente relacionada com as capacidades que um indivíduo tem para regular as suas emoções, regular e redirecionar os seus comportamentos, pensar construtivamente e modificar os seus contextos, com vista a alterar ou diminuir agentes stressores (Zimmer-Gembeck, Skinner, 2011 citado por Dias, Castillo, Moilanen, 2014).

No mesmo sentido, as pesquisas na área da auto-regulação mostram a importância da mesma como preditor de desenvolvimento saudável e equilibrado, sendo um indicador de saúde mental e física durante a adolescência (Farley, Kim-Spoon, 2014). Jessor e Jessor (1997) citado por Moilanen (2007), consideram que um dos fatores que podem contribuir para a prevenção de comportamentos e/ou resultados associados a comportamentos de risco é exatamente uma boa capacidade de auto-regulação.

Moilanen (2005) integra o conceito de temporalidade nos estudos que realizou sobre a auto-regulação, isto é, assume que os adolescentes são capazes de regular as suas emoções e ações a curto prazo como forma de atingir objetivos a longo prazo. A chave para o sucesso regulatório passa, também, pelo entendimento do construto tempo perspectivado pelo adolescente.

Num período tão rico na exploração de processos e relações como é a adolescência, trabalhar as capacidades auto-regulatórias é imperativo. Silk, Steinberg e Morris (2003), consideram que uma melhor compreensão destes processos durante a adolescência, pode concorrer para a compreensão das diferenças individuais na saúde mental e no ajustamento durante este período de risco aumentado.

Concretamente nesta área, autores como Moilanen (2007), Vasilev, Crowell, Beauchaine, Mead e Gatzke-Kopp (2009), Dias, Del Castillo e Moilanen, (2014), Farley e Kim-Spoon (2014) propõem que a regulação emocional, mais especificamente, a dificuldade em regular as emoções, significa uma maior predisposição para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Nesta perspectiva, esta dificuldade estará relacionada com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, Dias, 2010), e os indivíduos tornam-se mais vulneráveis a problemas de internalização e externalização (Garnefski, *et al*, 2005, citado por Neumann, et al., 2010), de tal modo que apresentam frequentemente sintomas depressivos e problemas de conduta (Neumann et al., 2010; Moneta, Rousseau, 2008). Deste modo, estarão mais predispostos e em maior risco de desenvolver comportamentos agressivos e violentos (Neumann et al., 2010).

Numa perspectiva integradora e holística do fenómeno auto-regulatório, confluem três dimensões: dimensão emocional, cognitiva e comportamental, tal como sugere Moilanen (2007). Do ponto de vista emocional, os adolescentes com dificuldades em regular as suas emoções, tendem a apresentar comportamentos disruptivos (Bravo, 2012). Como consequência, a desregulação emocional associar-se-á à excessiva reatividade emocional e/ou défices emocionais, empatia atenuada e reações afetivas não apropriadas aos contextos (Silk, Steinberg, Morris, 2003). A relativa ausência de alguns elementos respeitantes à dimensão emocional, nomeadamente a ausência de consciência e compreensão das emoções sentidas, aceitação das mesmas e a capacidade de utilizar estratégias que modulem as respostas emocionais de modo flexível, indicarão maior predisposição para a presença de comportamentos agressivos (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, Dias, 2009).

Relativamente à dimensão cognitiva, as emoções não dependem inteiramente das situações tal qual elas são, mas sim da perceção que os indivíduos têm delas. Kendall (1991), refere que crianças e adolescentes com comportamentos agressivos intensos e frequentes apresentam, do ponto de vista da cognição, particularidades ao nível de dois processos fundamentais. O primeiro processo refere-se à perceção que têm acerca do ambiente. Frequentemente atribuem mais intenções hostis e revelam-se mais hipervigilantes aos estímulos que advêm do ambiente externo,

quando comparados com crianças e adolescentes não agressivos (Milich, Dodge, 1984; Lochman, 1990; Van Honk, Tuiten, Van den Hout, Stam, 2001; Van Honk et al., 2001 citado por Barros, Silva, 2006). O segundo processo diz respeito à hipervalorização da hostilidade alheia e subestimação que realizam da sua própria agressividade, revelando pouca perspicácia da percepção dos seus próprios comportamentos (Barros, Silva, 2006).

Do ponto de vista da dimensão comportamental, a agressividade assume diferentes configurações, tendo em conta o estadio de desenvolvimento: enquanto que na infância, os comportamentos agressivos tendem a ser vistos como parte integrante do desenvolvimento natural, na adolescência são considerados menos aceitáveis. Por norma, a criança utiliza a agressividade física como forma de manifestação do seu sofrimento, muito antes de ser capaz de o fazer através da comunicação verbal. Ao longo do desenvolvimento, a tendência inverte-se e as habilidades comunicacionais assumem um papel preponderante, oferecendo mais recursos ao adolescente para traduzir e expressar o seu sofrimento e agressividade. Na adolescência, o comportamento agressivo pode ter consequências mais graves. Há maior risco de causar danos e provocar, em última instância, a morte, pois a utilização de artefatos considerados perigosos é mais frequente. Nesta fase de desenvolvimento, a agressividade pode ter como finalidades o exercício de poder sobre um determinado grupo de pessoas, com enfoque para figuras consideradas de autoridade para o adolescente. Por outro lado, podem surgir por medo do isolamento ou perda de posição social (Liu, Lewis, Evans, 2013).

Apesar do consenso generalizado entre pesquisadores e teóricos acerca da capacidade de auto-regulação como fator de ajustamento global na adolescência existe, ainda, pouca unanimidade a respeito de como a auto-regulação deve ser conceptualizada e mensurada neste período de vida.

Na verdade, muitos dos estudos nesta área são baseados em modelos projetados para adultos, podendo suscitar dúvidas e inconsistências quanto à sua aplicabilidade na população jovem. Todavia, várias questões foram levantadas por teóricos desenvolvimentistas que, através de uma revisão de 123 instrumentos de avaliação de auto-regulação, verificaram que estas tendem a concentrarem-se principalmente sobre os objetivos da regulação, tendo em menor consideração a variável tempo (Dias, Del Castillo, Moilanen, 2014). No entanto, como nos mostra

Moilanen (2005), autora da versão original do Inventário de Auto-regulação Adolescente, a perspectiva de tempo é bastante diferente ao longo de vida e há necessidade de distinguir e avaliar pormenorizadamente componentes de auto-regulação a curto e longo prazo.

2.2.1. O Inventário de Auto-regulação do Adolescente

O Inventário de Auto-regulação do Adolescente, IARA-2 é um instrumento de avaliação criado por Kistin Moilanen, investigadora americana, com formação na área de Psicologia do Desenvolvimento. A versão original, criada em 2005, contempla 22 *itens*, 11 dos quais da sub-escala de curta duração e outros 11 correspondentes à auto-regulação de longa duração. Esta escala avalia de uma forma holística os processos regulatórios, integrando as dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais. O *score* obtido, resulta da soma das duas sub-escalas e indica a auto-regulação percebida pelo adolescente. Quanto maior a pontuação, maior as capacidades de auto-regulação do mesmo.

Em 2014, Dias, Del Castillo e Moilanen publicaram os resultados obtidos da adaptação deste inventário para a população portuguesa. O instrumento foi testado em duas amostras de estudantes do ensino secundário com a Escala de Autorregulação como medida de controle, tendo sido realizados dois estudos. No primeiro estudo, o instrumento foi testado em 823 adolescentes e no segundo estudo em 435. Os resultados indicaram uma estrutura apropriada com propriedades psicométricas adequadas referentes à validade de conteúdo, construto e fidelidade, com $r = .59$ e $.56$.

O IARA-2 corresponde a uma escala tipo *likert*, de auto-preenchimento. Na escala pode distinguir-se duas sub-escalas: a sub-escala que avalia a auto-regulação a curto prazo (soma dos *itens* 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 25, 29, 31, 36 e 43); e a sub-escala que avalia a auto-regulação a longo-prazo (soma dos *itens* 1, 3, 5, 6, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41 e 42), com um total de 43 *itens*.

A pontuação de cada *item* varia entre 1 a 5, onde 1 corresponde a “nada verdadeiro para mim”; 2 “pouco verdadeiro para mim”; 3 “nem verdadeiro nem falso para mim”; 4 “algo verdadeiro para mim”; 5 “mesmo verdadeiro para mim”.

Para a análise, devem ser invertidas as pontuações dos *itens* pela negativa (1, 2, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 25, 31, 33, 37, 38, 40, 41, 42 e 43) e só depois são somadas as pontuações. O *score* total da auto-regulação na adolescência corresponde à soma das duas sub-escalas. Quanto maior a pontuação, maior a auto-regulação percebida pelo adolescente.

Embora seja difícil realizar uma avaliação e mensuração exata das dimensões emocional, cognitiva e comportamental implicadas nos processos regulatórios, revelou-se importante, neste projeto, compreender, o melhor possível, quais as áreas deficitárias que cada adolescente apresentava. Este fato permite desenvolver intervenções sensíveis, obter uma compreensão mais precisa e meticulosa acerca da correlação entre as diferentes formas de expressão da agressividade e as capacidade de auto-regulação do adolescente. Desta forma, o Dr. Paulo Dias, Professor Doutor na Universidade Católica de Braga, autor de vasta produção investigativa na área da auto-regulação, procedeu à divisão, de forma empírica dos *itens* pelas dimensões acima referidas. Os *itens* 1, 2, 3, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 22, 23, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 39, correspondem à dimensão comportamental; *itens* 4, 8, 11, 15, 16, 24, 28, 32, 43, pretendem avaliar a dimensão cognitiva e, por último, os *itens* 7, 9, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 29, 31, 38, 40, 41, 42, mais direcionados para avaliar a dimensão emocional.

2.3. Intervenções de Enfermagem - Teoria das Transições de Afaf Meleis

Num mundo em constante transformação, os indivíduos experienciam transições que podem ou não conduzir à capacidade para lidar positivamente com as mudanças (Meleis, 2010). Sendo a Enfermagem uma disciplina cujo objeto de estudo são as respostas humanas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos que requeiram re-adaptações, vale a pena perguntar: “O que são transições? Como podem os enfermeiros identificar e caracterizar as transições que os clientes experienciam? De que modo ampliar o conhecimento sobre as transições influencia a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde?” (Correia de Brito, 2012).

“As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e

ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar. A experiência da transição exige, por isso, que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social” (Hall, Stevens, Meleis, 1994, p.37).

Para Meleis (2010), o processo, a percepção e a rutura (*disconnectedness*) são indigitados como características universais da transição. Deste modo, a transição trata-se de um processo organizado que responde a uma determinada sequência e que decorre ao longo de diferentes fases da vida. A duração e efeito da transição são variáveis e não se cingem apenas ao seu início ou mudança operada, mas a todo o processo que permite a mudança no *Self*. A este período de tempo que vai desde a antecipação da necessidade de mudar à estabilidade na nova condição, chama-se período de tempo – *time span* (Meleis, 2010).

A percepção encontra-se intimamente relacionada com o significado que a própria transição tem para o indivíduo, para os quais cooperam fatores individuais e ambientais. Por sua vez, o *disconnectedness* refere-se, simbolicamente, ao “corte” nas relações e compromissos estabelecidos até ao momento da transição (Meleis, 2010).

Os três conceitos basilares da teoria das transições são: a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta.

Meleis (2010), faz alusão a quatro tipos (natureza) de transições: *desenvolvimentais*, associadas a alterações de eventos de desenvolvimento individual e familiar, como é o caso da passagem da infância para adolescência; *situacionais*, relacionadas com redefinições do repertório de papéis do cliente; *saúde/doença*, incorrem da mudança súbita no desenvolvimento de papéis relacionados com a transição de um estado saudável para viver com uma doença ou agravamento da condição de saúde; *organizacional*, relacionadas com aspetos no ambiente social, político ou económico.

No que se refere ao projeto que suporta este relatório, a criança e o adolescente podem não só estar a viver uma transição de natureza desenvolvimental, mas também situacional, pela agudização da doença psiquiátrica

e sofrimento psíquico, encetados muitas vezes pela existência de fenómenos de agressividade (Meleis, 2010).

A presença de comportamentos agressivos e violentos pode prejudicar a habilidade de formar relações funcionais saudáveis. À medida que as crianças com estes comportamentos transitam para a fase da adolescência, têm maior risco de apresentarem sintomas de ansiedade, depressão e comportamento suicida (Liu, Lewis, Evans, 2013).

As propriedades da transição dizem respeito ao envolvimento, mudança, período de tempo, pontos e eventos críticos que confluem para o desenvolvimento da propriedade central para Meleis, a consciencialização. Esta por sua vez está diretamente relacionada com o nível de congruência entre o que se sabe do processo, as respostas e percepções (Meleis, 2010). Neste âmbito, na intervenção especializada de enfermagem é absolutamente necessário analisar cada episódio de agressividade com o objetivo de ajudar o cliente a compreender melhor o que se passa consigo e a encontrar uma solução mais ajustável (Chalifour, 2008).

O segundo conceito base descrito por Meleis refere-se às condições facilitadoras e inibidoras das transições. O desenvolvimento de *insight* é crucial para uma transição saudável, nos processos de saúde-doença em psiquiatria e saúde mental. Na última década, os investigadores aumentaram a sua atenção perante este fenómeno, ajudando a clarificar a sua correlação com a presença de doença mental (Cardoso, 2008). Marková e Berrios (1992), definem *insight* como “reconhecimento da doença e reconhecimento da necessidade ou benefício do tratamento” (p. 348), aspeto necessário para o adequado envolvimento do cliente no seu projeto terapêutico.

Por último, os padrões de resposta são aglomerados em duas grandes categorias: indicadores de processo e indicadores de resultado. Importa referir que as transições possuem um grau de complexidade considerável, uma vez que cada indivíduo pode estar a viver mais do que um tipo de transição ao mesmo tempo.

Dos indicadores de processo fazem parte o “sentir-se ligado”, o “interagir” e o “estar situado”. Relativamente ao primeiro indicador, importa referir que a prática dos cuidados de enfermagem tem por *core* a relação interpessoal, tornando a relação terapêutica a essência dos cuidados de saúde mental. Com efeito, o sucesso da maioria das intervenções depende, em grande parte, da relação terapêutica

estabelecida. Frankel (1995, citado por Chalifour, 2008, p. 213) refere que “esta relação entre duas pessoas parece ser o aspeto mais significativo do processo terapêutico, um fator mais importante do que qualquer método ou técnica.”

O indicador de processo “interagir” encontra-se comprometido aquando da existência de comportamentos agressivos. A presença destes comportamentos exige uma reorganização na forma de interagir com os outros, pois representam um permanente desafio às tentativas de estabelecimento de uma relação eficaz. Moura (2014,p.17) refere que a utilização de mediadores de relação, com recurso a “objeto intermediário de comunicação relevou-se um excelente meio de restabelecimento da comunicação interrompida ao proporcionar a contração do Si-Mesmo Fisiológico e proporcionar ao paciente o estabelecimento de vínculos adequados.”, de modo que qualquer objeto que facilite, amplie ou modifique a comunicação torna-se fundamental nestas situações. A sua forma ou material podem ser variados: música, papel, figura, desenho ou diversidade de técnicas que favoreçam a comunicação verbal e não-verbal, como também a expressão de sentimentos (Ferrari, Miyahara, Sanches, 2014).

Quanto ao indicador “estar situado”, deve constituir o ponto essencial da intervenção de enfermagem. Chalifour (2009), refere que a relação de ajuda promove a descoberta do modo como o cliente experimenta a situação que lhe causa problema e clarifica progressivamente a sua vivência pessoal, permitindo a tão desejada mudança. Por seu turno, os indicadores de resultados são fundamentais tanto como marco para o fim da transição, bem como pelo seu carácter avaliativo que permite comparar os resultados, em função do esperado.

No âmbito desta contribuição teórica, estão as intervenções terapêuticas de enfermagem que, de acordo com Meleis (2005), correspondem a toda e qualquer atividade de enfermagem, marcadas pela sua intencionalidade que, utilizadas para cuidar dos clientes, permitem a maximização das suas potencialidades ou o restauro dos níveis ótimos de saúde, funcionalidade e auto-realização. A literatura sugere que a gestão dos comportamentos agressivos deve focar-se em intervenções que apoiem o auto-controlo do cliente, de modo a incentivar a sua autodeterminação e respeitar a sua autonomia (Berg, 2012), considerando o princípio de carácter preventivo da intervenção, tal como propõe Meleis.

3. PRÁTICA CLÍNICA: PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E SUA ARTICULAÇÃO COM AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Neste capítulo é apresentada uma descrição e reflexão das intervenções de enfermagem realizadas no estágio hospitalar e comunitário, articulando com as competências do EESMP mobilizadas, as quais serão devidamente referenciadas e descritas em notas de rodapé.

3.1. Contexto Hospitalar – Estágio UIPIA

O estágio em contexto hospitalar decorreu numa UIPIA, entre 3 de Outubro 2014 a 10 de Fevereiro de 2015.

Para este contexto de estágio, delineei como objetivo geral:

- ✓ Desenvolver competências na prevenção e gestão de comportamentos agressivos, tendo por base a identificação, a promoção e o desenvolvimento das capacidades auto-regulatórias das crianças e adolescentes, num serviço de internamento hospitalar;

Como objetivos específicos, defini:

- ✓ Identificar a relação existente entre os comportamentos agressivos e as dificuldades na auto-regulação;
- ✓ Realizar intervenções de enfermagem de âmbito psico e socioterapêutico na gestão da agressividade, tendo por base o desenvolvimento de capacidades auto-regulatórias nas crianças e adolescentes com perturbação mental em internamento hospitalar;
- ✓ Analisar as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo EESMP

na prevenção e gestão de comportamentos agressivos na criança e adolescentes;

3.1.1. Caracterização da UIPIA

A Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência faz parte da Área de Pedopsiquiatria, que integra também a urgência pedopsiquiátrica e equipas diferenciadas em primeira e segunda Infância e Adolescência. Esta Unidade abriu em 2001, sendo a primeira a ser criada em Portugal e integrada num Hospital Pediátrico. Atualmente, pertence a um Centro Hospitalar da região da grande Lisboa. Tem capacidade máxima para internamento de 10 crianças e jovens até aos 18 anos (exclusive), com situações psicopatológicas agudos ou sub-agudas, com exclusão das situações de toxicodependência e delinquência. A sua área de influência integra toda a população pediátrica atendida pelos diferentes serviços das Regiões de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Da equipa multidisciplinar fazem parte: pedopsiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais e 15 enfermeiros, entre os quais 13 são enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, o que revela o grande investimento da equipa na formação e atualização de conhecimentos científicos, resultando numa prática consistente e especializada.

A missão desta Unidade:

(...) favorece sobretudo o *milieu thérapeutique* - ambiente terapêutico para o qual concorrem a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social. (...) centrado num projecto terapêutico personalizado definido pelos diferentes agentes envolvidos – equipa multidisciplinar, criança e família, sendo alvo de revisão e reavaliação diária no contexto das reuniões clínicas multidisciplinares. (Almeida, Ferreira, Nabais, 2010, p.2).

No que concerne à organização dos cuidados de enfermagem e à metodologia de trabalho adotada pela equipa, é utilizada o método de enfermeiro responsável¹ (de referência ou enfermagem primária) (Costa, 2004).

¹ O principal objectivo é a humanização dos cuidados e a principal característica distintiva face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do

As crianças e adolescentes dão entrada na Unidade por duas vias: através da urgência pedopsiquiátrica ou pela referência realizada pelo médico assistente, em consulta externa, ou seja, internamentos programados. Aquando da admissão, o enfermeiro realiza o acolhimento à criança/adolescente e sua família, onde explica o funcionamento e os propósitos globais do internamento, avalia o estado mental da criança/adolescente e faz o levantamento das suas necessidades e da família, procedendo ao registo das mesmas.

A cada criança e adolescente, é atribuído um enfermeiro e médico de referência que em conjunto estruturam/definem um projecto terapêutico personalizado. Neste sentido, através das reuniões multidisciplinares que ocorrem diariamente, o enfermeiro e o médico de referência debatem, ajustam e promovem a continuidade do projeto terapêutico de cada cliente.

A equipa de enfermagem dá primazia às intervenções de carácter autónomo². A orientação teórica dos cuidados, inscreve-se no paradigma de Enfermagem de Hildegard Peplau, onde as intervenções estão imbuídas em fundamentos psicodinâmicos.

Para além da intervenção individual, são realizadas intervenções em contexto grupal. Yalom e Ballinger (1995), cuja abordagem integra diferentes inspirações e orientações teóricas, modelo integrado, consideram que a possibilidade de intervenção em grupo coloca os indivíduos perante uma variedade de relacionamentos e, para aqueles que apresentam problemas relacionais, o grupo pode ser o contexto ideal para identificar, conhecer e entender as suas “distorções pessoais”, *parataxic distortions*, por forma a descobrir alternativas de olhar o outro e estabelecer contato. Por consequência, os membros do grupo desempenham um papel importante e ajudam-se uns aos outros neste percurso.

Nesta unidade, no início de todas as semanas, os enfermeiros do serviço reúnem com as crianças e adolescentes e realizam o planeamento da semana³. Algumas atividades terapêuticas são fixas, outras emergem das próprias

direito das enfermeiras que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem as qualidade (Dionne, et al., 1987 citado por Santos, 2004)

² “Intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro, nas quais os enfermeiros se responsabilizam pela sua prescrição, implementação e avaliação.” (Sequeira, 2013, p. 6).

³ O planeamento da semana corresponde ao exercício do qual resulta a organização das atividades terapêuticas para o período temporal de uma semana.

necessidades do grupo que se encontra no momento. A sua consecução recorre à utilização de vários mediadores expressivos.

3.1.2. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas

De acordo com a metodologia de projeto, preconizei a utilização de estratégias que pudessem favorecer a compreensão dos fenómenos de agressividade por parte da própria criança e adolescente e a transição do comportamento desajustado para um comportamento saudável e ajustado. Meleis e os seus colaboradores (2005), defendem que as intervenções de enfermagem devem proporcionar *empowerment*⁴ e conhecimento ao cliente, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas do cliente e da sua família.

Da bibliografia consultada, verificou-se que as dificuldades na auto-regulação influenciam determinantemente a presença de comportamentos agressivos. A nível nacional, o estudo destes processos e sua correlação com os fenómenos de agressividade, nunca foi estudado em serviços de pedopsiquiatria. A nível internacional, encontrou-se um estudo realizado por Neuman, et al., (2010), num serviço de saúde mental da infância e adolescência, que sugere a relação positiva entre dificuldade na regulação emocional e manifestos comportamentos agressivos, violentos e de delinquência.

Uma vez que considerei importante perceber a relação entre os comportamentos agressivos e as capacidades de auto-regulação, recorri à aplicação do IARA-2 aos adolescentes, no 2º dia de internamento, num total de 17 sujeitos. Para a análise de dados usei estatística descritiva e inferencial, tendo nesta última recorrido a testes não paramétricos, nomeadamente: o teste Mann Withney, para avaliar auto-regulação em função do género; o teste de Kruskal Walls, para avaliar a auto-regulação em função do motivo de internamento e, por último, o teste de correlação de Spearman para avaliar a auto-regulação em função da idade.

⁴ “processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos activos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia.” (Sousa, 2009, p.1)

Este primeiro passo foi importante para identificar as áreas problemáticas e posteriormente planejar as intervenções de enfermagem.

Foi também realizado e aplicado um questionário sócio-demográfico (*vide* apêndice II) com informação referente ao género, idade e motivo de internamento.

Para a aplicação do IARA-2, foram explicados os propósitos e os procedimentos aos pais e adolescentes e fornecido o impresso do consentimento informado próprio do Centro Hospitalar (*vide* anexo II), preenchido pelos pais, respeitando, desta forma, o direito de autodeterminação, defesa da liberdade, dignidade e ao consentimento informado. Não obstante a necessidade do consentimento dos pais e por se tratarem de sujeitos menores de idade, obteve-se o assentimento do adolescente (com idade igual ou superior a 14 anos), no respeito pela sua decisão e vontade, garantido também a sua cooperação e envolvimento no estudo.

Dos 17 adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria a quem foi aplicado o IARA-2, 6 são rapazes (35.3%) e 11 são raparigas (64.7%), com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos ($\bar{x}=14.412$, $\bar{\sigma}=1.417$).

Os principais resultados da análise efetuada, mostram que as dimensões (cognitiva e emocional) têm uma associação positiva e significativa com a idade, independente do género, exceto a dimensão comportamental que não se associa à idade, nem ao género. Assim, quanto maior for a idade, maior é a pontuação obtida no Inventário. Encontraram-se diferenças significativas na auto-regulação em função dos motivos de internamento: as pontuações mais altas foram encontradas nos jovens com perturbação do comportamento alimentar e as mais baixas nos jovens com perturbação do comportamento, o que sugere que estes últimos adolescentes têm menores capacidades de auto-regulação. De realçar que dado o reduzido número de adolescentes a quem foi aplicado o IARA-2, os resultados obtidos apenas têm significado para os mesmos, não podendo ser extrapolados.

Parece-me igualmente importante referir que, da parceria realizada com o autor do Inventário, Dr. Paulo Dias, surgiu o convite para apresentar⁵ estes

⁵**Unidade de competência D2.2** - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade; **critérios de avaliação – D2.2.6.** Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

resultados no I Congresso Internacional de Psicologia Clínica na Criança e Adolescente, em Madrid de 2015, que aceitei.

Tendo por base os resultados obtidos, os aspetos emocionais, comportamentais e cognitivos foram considerados nas intervenções de enfermagem propostas e desenvolvidas. Deste modo compreendeu-se a importância destes no processo de desenvolvimento de capacidades auto-regulatórias no adolescente e também na sua capacidade de promover relações sociais funcionais (Papp, Witt, 2010 citado por Farley, Kim-Spoon, 2014).

Durante o estágio tive oportunidade de desenvolver diversas atividades terapêuticas, tanto através da realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, como socioterapêutico, a nível individual e grupal. Em conformidade com a metodologia de trabalho da equipa do internamento, fiquei responsável pelos cuidados a um pré-adolescente, acompanhando-o até ao momento de alta, tendo realizado um estudo de caso (*vide* apêndice III) sobre o mesmo. Desenvolvi, também, oito sessões, em grupo aberto, relacionadas com o tema deste projeto.

Passo, agora, a descrever um dos clientes, T.M. que acompanhei, as intervenções de enfermagem realizadas e as conseqüentes reflexões que emergiram. Posteriormente, farei referência às atividades terapêuticas em grupo que realizei, seguindo a metodologia acima referida.

O T.M., é um pré-adolescente de 11 anos de idade, sem internamentos prévios, seguido desde os 3 anos na consulta de desenvolvimento, por inquietação, irritabilidade e alterações no padrão de sono. É acompanhado numa Equipa Comunitária de Pedopsiquiatria, desde os 7 anos, por quadro de alterações do comportamento, com comportamentos agressivos frequentes.

Devido ao agravamento do seu estado, com irritabilidade crescente, heteroagressividade dirigida aos pares e pais, crises disruptivas de comportamento, a médica assistente, solicitou o seu internamento. Esteve internado na UIPIA 27 dias, mantendo posteriormente o acompanhamento que já tinha. Tem diagnóstico médico de Perturbação Disruptiva do Humor⁶/Perturbação do comportamento⁷. O Diagnóstico de Enfermagem principal é agressividade presente.

⁶ Diagnóstico levantado para crianças e jovens até aos 18 anos, que apresentem, pelo menos três vezes por semana no decorrer de um ano ou mais, características como irritabilidade persistente e episódios frequentes de

Embora não tenha realizado a admissão ao T.M, no primeiro dia de internamento, procurei, *a posteriori* realizar entrevistas de colheita de dados, tanto ao cliente como à própria família. Fiz duas entrevistas cujos objetivos foram colher dados, realizar avaliação inicial do T.M. e das dinâmicas familiares. A entrevista em saúde mental e psiquiatria assume diferentes configurações, quanto às fases que lhes estão inerentes, bem como relativamente aos objetivos, que o próprio enfermeiro traça de ante-mão. Nas diferentes entrevistas realizadas, tive em consideração o referencial de Margot Phaneuf.

Recorri ao instrumento de avaliação inicial⁸ existente no serviço e utilização de instrumentos de avaliação da estrutura familiar⁹ e social, tal como o genograma e instrumentos de avaliação desenvolvimental¹⁰, com recurso ao ecomapa e psicofigura de Mitchell. Destas avaliações, foi possível compreender as necessidades do T.M. e sua família. Os principais diagnósticos de enfermagem, decorrentes do plano de cuidados que delineei¹¹, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2 foram: comportamento agressivo presente; auto-estima diminuída; *coping* comprometido; processo familiar comprometido; risco de não adesão ao regime medicamentoso.

Tanto os pais como o próprio T.M, apresentaram crítica para a necessidade de internamento e para as dificuldades sentidas e apresentadas pelo pré-adolescente. Os pais referiam escalada de comportamentos agressivos, com

extremo descontrolo comportamental (DSM-V). Normalmente a criança/adolescente é caracterizada por apresentar um temperamento explosivo com graves e recorrentes manifestações verbais ou físicas de agressividades desproporcionais, em intensidade ou duração, em relação à situação ou provocação (Araújo, Neto, 2014).

⁷ “Grupo complexo de situações que engloba perturbações de oposição e perturbações do comportamento propriamente ditas, caracterizado por um padrão persistente de: dificuldade em aceitar regras; passagens ao acto agressivas, desencadeadas frequentemente por situações de frustração; comportamentos anti-sociais de gravidade variável (...).mais frequentes no sexo masculino (Marques, Cepêda, 2009,p. 22).

^{8, 10, 11} **Unidade de Competência – F.2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. **critérios de avaliação – F2.2.1.** Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente; **F.2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do clientes e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental do cliente; ; **F.2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

¹¹ **Unidade de Competência - F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados; **critérios de avaliação – F3.4.5.** Elabora e implementa um plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.

agravamento significativo nas semanas que antecederam ao internamento, com “birras” (sic) frequentes. Na perspetiva do T.M. “bato nos outros meninos lá na escola e irrito-me, por isso estou cá internado.” (sic). “sou mau.” (sic).

Da avaliação familiar realizada ressalta-se a relação próxima, mas conflituosa, que estabelece com os pais e, a relação disfuncional que apresenta com o meio irmão. Todas as relações sociais atuais que estabelece são conflituosas e pouco funcionais. “Ele não consegue estar com outros meninos, irrita-se logo e parte logo para a agressão”(sic), refere a mãe. Apresentava comportamento impulsivo, chumbou este ano letivo e na altura do internamento, aguardava ingresso em nova escola, pelos comportamentos disruptivos que tem apresentado nos últimos tempos.

Da observação inicial que realizei no internamento, o T.M., no que concerne ao seu estado mental, apresentou-se globalmente orientado em todos os referenciais, com contato sintónico, períodos de inquietação. Na grande maioria das vezes, apresentou comportamento desajustado com os seus pares, desafiador e provocador. Apresentou baixa tolerância à frustração, sendo necessário mediar com frequência as relações que estabelecia com os seus pares. Postura mais desafiadora com enfermeiros do género feminino. Com atenção captável mas nem sempre fixável. Períodos de distratibilidade. Discurso variava entre hipofónico e altissonante, espontâneo, sem alterações do ritmo. Quando contrariado, demonstrava discurso mais infantilizado. Sem alterações sintático-semânticas. Humor instável, que alternava entre a disforia e a irritabilidade. Afetos ressonantes e congruentes com o humor. Ressonância afetiva presente com os pais e familiares significativos. Fácies frequentemente zangado, tenso. Pensamento formalmente organizado. Não se apuraram alterações quanto ao fluxo/conteúdo do pensamento.

Durante as duas primeiras semanas, o T.M. manteve a dificuldade em participar nas atividades terapêuticas em grupo, pois apresentava um contato intrusivo, impulsivo e desajustado com os pares, com dificuldade em respeitar os limites dos outros jovens, principalmente com os que apresentavam idades idênticas. A evidência científica revela-nos que a agressividade nos adolescentes pode ter como finalidade a utilização de poder sobre um determinado grupo, com maior frequência entre géneros e idades (Liu, et al, 2013).

Nas atividades em grupo que pude dinamizar durante este período, o T.M. não conseguiu participar em nenhuma delas até ao fim. Na terceira sessão

dinamizada “a forma como comunico”, o T.M. começou a ficar progressivamente mais inquieto e com menor tolerância à espera, que se manifestou na dificuldade em esperar pelo seu tempo para intervir e respeitar o momento em que os outros jovens estavam a falar. Acabou por não participar na fase da discussão e re-invenção da história criada. Vários autores explicitam esta correlação entre os aspetos da personalidade e os fenómenos de agressividade. Crianças e adolescentes que têm dificuldades em adiar sentimentos de gratificação, reagem com impulsividade e hiperatividade (Hage, et al., 2009). Esta atividade que tinha como objetivo promover o auto-conhecimento, quanto às respostas emocionais/cognitivas em situação de tensão emocional, o T.M. referenciou estratégias pouco eficazes, tais como: isolamento, descontrolo, zanga, confusão e frustração.

Tendo em conta as dificuldades que apresentava no estabelecimento de relação com os seus pares e episódios de agressividade, o T.M. foi frequentemente encaminhado para o “quartos dos colchões”. Este espaço corresponde a um quarto de isolamento, um espaço, onde confluem princípios de contenção ambiental¹² e terapia pelo ambiente, há diminuição da luminosidade e ruídos, e as paredes estão protegidas com colchões, de modo a diminuir o risco de lesões advindas do comportamento agressivo, permitindo aos jovens adquirirem sentimentos de segurança e conforto. Durante esta intervenção, utilizaram-se técnicas de *de-escalation* e procurou-se explorar com o T.M., o significado atribuído à agressividade que apresentava. Aquando das avaliações realizadas, o T.M. mantinha dificuldade em compreender que o inaceitável era o seu comportamento e não ele próprio, muitas vezes as suas verbalizações evidenciavam uma baixa de auto-estima, aspeto este que foi igualmente trabalho com o mesmo. Explorou-se o significado emocional¹³ da resposta agressiva e o T.M. verbalizou, por diversas vezes, que

¹² Implica limitar o cliente agitado e/ou agressivo a um espaço controlado (...) onde exista uma menor exposição a estímulos ambientais e onde não exista qualquer objeto que possa colocar em risco a sua integridade física ou de outros (Cavalcante, Humerez, 1997). Um espaço onde deve ser possível permitir a expressão de emoções e sentimentos, ajudando a pessoa a libertar tensões e reconhecer em si as emoções expressas. Permitindo a expressão e libertação destas emoções, o enfermeiro ajuda a pessoa a sintonizar-se com elas, aumentando a consciência sobre os sentimentos associados ao problema, percebendo a sua adequabilidade (Conselho de Enfermagem, Parecer n.º 226 / 2009 , p.4).

¹³ **Unidade de Competência – F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Crítérios de avaliação – F4.2.5.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

sentia raiva e irritabilidade, especialmente na relação que estabelecia com outro jovem internado, que apresentava igualmente comportamento agressivo.

O encaminhamento de jovens com agressividade expressa para o “quarto dos colchões”, constitui uma prática comum realizada neste serviço. Durante o estágio, procurei compreender melhor a expressão da agressividade nestes jovens, pelo que sempre que existia um momento de agressividade expressa, procurei estar presente no sentido de desenvolver competências nesta área. Porém, o estar presente não era suficiente. Sentia necessidade de refletir¹⁴ sobre esses momentos, perceber o que ia sentindo e pensando, mas também procurar novos significados para o momento pós-crise. Para esta reflexão muito contribuíram os debates realizados com a enfermeira orientadora, sustentada nos princípios de supervisão clínica e também a realização do diário de aprendizagem, de acordo com o ciclo de Gibbs sobre “contenção ambiental, expressão da agressividade, sentimentos e emoções em situação de agressividade expressa.” (*vide* apêndice IV), e o registo de interação “reflexão pós comportamento agressivo” (*vide* apêndice V).

Durante o internamento, realizei intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico com o T.M. com vista a fomentar a utilização de estratégias adaptativas em situações de crise, exploração de opções mais ajustadas e a expressão de sentimentos e emoções, bem como identificação das repercussões do seu comportamento na sua vida. Nas primeiras semanas foi necessário mediar com frequência a relação com os pais, utilizando para isso o jogo de Legos® e de cartas, como mediadores de relação.

Progressivamente o T.M. foi apresentando um comportamento mais ajustado com os pares e também durante a visita, bem como maior tolerância à frustração. Nos momentos de maior tensão, foi sendo cada vez mais capaz de procurar apoio nos profissionais de saúde, com vista a partilhar a forma como se sentia, mostrando um comportamento menos impulsivo. Nestas situações, foi negociado a realização de atividades de cariz individual (escolhidas pelo mesmo), em detrimento de atividades de grupo.

¹⁴ **Unidade de Competência – F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **. Critérios de avaliação – F1.1.1.** Identifica no aqui — e — agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar. **F1.1.4.** Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica

À medida que foi apresentando um comportamento mais ajustado, foi capaz de participar nas atividades terapêuticas de grupo, com destaque para as atividades que desenvolvi de relaxamento, onde participou em todas, sendo capaz no momento de partilha, apontar os aspetos positivos e negativos do seu comportamento. A sua evolução positiva permitiu também um restabelecimento das relações familiares. Mais próximo do momento de alta, foi possível programar visitas fora do serviço, ainda que nalguns momentos os pais tivessem referido alguma irritabilidade por parte do T.M. Após estes momentos e também tendo em consideração as avaliações da dinâmica familiar realizadas, procedeu-se ao ensino¹⁵ acerca da necessidade dos pais colocarem limites na relação e promoverem a diferenciação de papéis entre o T.M. e eles próprios. Foi possível programar uma licença de ensaio, que permitiu uma nova re-adaptação progressiva ao meio social e familiar.

A par da intervenção de âmbito psicoterapêutico realizada maioritariamente com o T.M., desenvolvi várias atividades de âmbito socioterapêutico, com o grupo de jovens internados, em profunda relação com tema deste projeto. Assim, procurei respeitar os princípios da intervenção e metodologia utilizada no serviço de internamento, tendo participado ativamente no planeamento das atividades terapêuticas, em parceria com os enfermeiros e os jovens internados. Inicialmente tinha pensado em dinamizar as atividades apenas com os jovens que tivessem como motivo de internamento uma perturbação do comportamento, com heteroagressividade. Posteriormente, após reflexão com orientadora da ESEL e a orientadora clínica, pareceu-me, naturalmente importante, englobar todos os jovens nas atividades, pela intencionalidade terapêutica das mesmas e benefícios que certamente trariam para todos, e não só para os jovens com perturbação do comportamento. Acrescento ainda que tendo em conta as múltiplas formas de expressão de agressividade, considerei fundamental englobar nas intervenções jovens que apresentavam, como motivo de internamento, tentativa de suicídio e

¹⁵ **Unidade de competência – F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. **Critérios de avaliação – F4.1.2.** Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva de problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doença mentais. **Unidade de competência – F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critérios de avaliação – F4.2.1.** Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental às transições.

perturbação do comportamento alimentar. Os comportamentos suicidários englobam-se nos comportamentos auto-destrutivos e são frequentes nos adolescentes (Nock, Jr. Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, Prinstein, 2006). Nesta população encontram-se “sentimentos extremos de desprezo e ódio por si próprios, conjugados com uma incapacidade em utilizar a zanga de forma normal e construtiva para os ajudar (...)”(Laufer, 2000, p. 54), sendo a expressão da agressividade logicamente sentida e dirigida para dentro e contra o próprio.

Passo agora a descrever as atividades que foram desenvolvidas, tendo em conta as diferentes dimensões da auto-regulação, os fundamentos de cada intervenção, os seus respetivos objetivos e avaliação sumária de cada atividade terapêutica. A avaliação detalhada de cada atividade pode ser consultada nos apêndices referentes à planificação de cada sessão.

“Mímica das emoções” (uma sessão) (*vide* apêndice VII)

Dimensão trabalhada: Emocional

Fundamentos da intervenção: Foco no desenvolvimento de capacidades para reconhecer, ativar, reformular experiências emocionais e partilhá-las, com vista à promoção do auto-controlo eficiente, prevenção e redução de respostas agressivas.

Objetivos: Promover a expressão de emoções de sentimentos; Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos; Reconhecer as modalidades pessoais de comunicação através da expressão facial (mímica, olhar), do tom de voz e expressão corporal;

Avaliação: As emoções mais representadas foram: ansiedade; tristeza, irritabilidade/zanga. Estados emocionais considerados de extremo, como a tristeza, zanga e ansiedade foram mais fáceis de expressar e de reconhecer, em detrimento de outros estados considerados menos de extremo, como a calma e o tédio.

“A forma como comunico” (uma sessão) (*vide* apêndice VIII)

Dimensão trabalhada: Comportamental, emocional e cognitiva.

Fundamentos da intervenção: Foco sobre habilidades comunicacionais, através do treino da assertividade e resolução de problemas, com vista à produção de soluções não agressivas.

Objetivos: Trabalhar a capacidade de escuta; Desenvolver a capacidade de argumentação, assertividade e ação sobre situações novas;

Avaliação: Os adolescentes com perturbação do comportamento tiveram maior dificuldade em mobilizar estratégias para iniciar uma conversa quando comparados com os seus pares. Foram evocadas estratégias como: procura de interesses comuns e realizar questões para conhecer o par. Todavia, desistem mais rapidamente da abordagem, apresentam-se mais distráteis e com sentimentos de frustração. No trabalho de capacidades argumentativas, os adolescentes com perturbação do comportamento, desistem com mais facilidade, utilizam a elevação de voz como estratégia, bem como aproximação física e ameaça.

•

“Uma História feita por nós” (uma sessão) (*vide* apêndice IX)

Dimensão trabalhada: Comportamental, emocional e cognitiva.

Fundamentos da intervenção: Foco sobre habilidades comunicacionais, através do treino da assertividade e resolução de problemas, com vista à produção de soluções não agressivas.

Objetivos: Promover a expressão de sentimentos; Compreender a modalidade de respostas adotadas pelos adolescentes em situações de tensão emocional; Promover o auto-conhecimento nos adolescentes, quanto às suas respostas emocionais/cognitivas em situações de tensão emocional.

Avaliação: Mostradas 32 imagens (estratégias) diferentes aos jovens. Pedido que escolhessem estratégias a utilizar em situações de stresse e “alturas em que me sinto em baixo, zangado”. Em 9 imagens escolhidas pelos jovens, 2 faziam

referências a estratégias positivas, recorrer à família, ou estratégias de distração, como ouvir música. As restantes imagens correspondiam a estratégias de isolamento; sentimentos de: embaraço, descontrolo, zanga, confusão, culpa e frustração.

“Sessões de relaxamento progressivo de Jacobson – modelo adaptado” (duas sessões) (*vide* apêndice X)

Dimensão trabalhada: Emocional, cognitivo e comportamental.

Fundamentos da intervenção: Foco sobre aprendizagem do cliente que procura avaliar as suas próprias tensões para posteriormente relaxá-las. Ao trabalhar as suas perceções cinestésicas, o jovem saberá discriminar a redução ou aumento das tensões.

Objetivos: Fomentar a consciencialização das tensões corporais e emocionais; Reduzir as tensões e sofrimento psíquico através da indução de um estado de calma; Promover expressão de sentimentos;

Avaliação: Todos os jovens referiram sentimentos de bem-estar aquando da atividade, verbalizando palavras como “calma” “serenidade”, diminuição da “angústia”, o “corpo mais relaxado”. Nas sessões associou-se técnica imaginação guiada, muitos dos jovens escolheram como porto seguro, locais como jardins e praia, muitas vezes junto da família.

•

“Estar em relação - os meus medos” (uma sessão) (*vide* apêndice XI)

Dimensão trabalhada: Cognitiva

Fundamentos da intervenção: Baseado no modelo cognitivo-comportamental, com suporte à reestruturação cognitiva. Desensibilização de interpretações hostis que os adolescentes tendem a apresentar em torno das relações sociais estabelecidas.

Objetivos: Promover auto-consciência de padrões e esquemas disfuncionais –

inerentes ao tema “relações sociais”; Facilitar a reinterpretação dos elementos que geram emoções negativas;

Avaliação: Construída tabela com 3 colunas “os meus medos, gravidade e probabilidade de acontecerem [medos]” (score 0 a 10). Os medos mais comuns foram: medo de ser abandonado (amigos e família), ser traído, não ser de confiança. Todos os jovens mostraram a tendência de pontuar mais alto a gravidade que a probabilidade, permitindo na fase da discussão compreenderem a sobrevalorização de algumas situações hipotéticas e não reais.

•

“Reconheço-me e reconheço-te” (uma sessão) (*vide* apêndice XII)

Dimensão trabalhada: Emocional, cognitivo e comportamental

Fundamentos da intervenção: Transformação de experiências emocionalmente negativas ou intensas em vivências positivas.

Objetivos: Reconhecer as emoções sentidas aquando da relação estabelecida com o outro; Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos.

Avaliação: Das emoções partilhadas e representadas, os estados emocionais considerados de extremo foram identificados com maior facilidade e igualmente capazes de produzir um melhor entendimento da reação emocional do próprio receptor da mensagem verbal e não verbal. Independentemente do motivo de internamento, os jovens verbalizaram que em situações em que o par evidenciava emoções como: “raiva/zanga se sentiram assustados; com medo; nervosos e stressados” (sic); sentimentos de alegria geraram sentimentos de alegria e bem estar; sentimentos de tristeza provocaram sentimentos de tristeza e por vezes de frustração; o medo aparentemente não provocou qualquer reação emocional nos jovens, que relataram sentirem-se “indiferente” e “sem reação”(sic).

•

“As minhas máscaras” (uma sessão) (*vide* apêndice XIII)

Dimensão trabalhada: Emocional e Comportamental

Fundamentos da intervenção: Reconhecimento dos estados emocionais; Favorecimento de congruência entre os estados internos e que se revela ao mundo exterior.

Objetivos: Promover o reconhecimento da forma como eu me vejo e a forma como me dou a conhecer aos outros; Promover a congruência entre os mundo interno (psíquico) e externo; Promover o auto-conhecimento;

Avaliação: Os jovens construíram duas máscaras: máscara exterior que representava o que mostravam aos outros e uma máscara interior que representava o seu mundo interno. A atividade revelou incongruência entre o mundo externo e interno dos adolescentes. Todos os jovens referiram que a “máscara” exterior revelava: “felicidade”, “calma”; “serenidade”; “esperança”, ao passo que a máscara interior revelava: “palidez”; “vazio”; “tristeza”; “tudo negro”; “às vezes, difícil de eu própria compreender o que sinto”. (sic)

As atividades terapêuticas acima descritas permitiram compreender, *in loco*, as dificuldades apresentadas por cada jovem, trabalhar as suas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais, com vista ao desenvolvimento de estratégias auto-regulatórias, que possam melhorar os seus padrões de resposta. Pretendeu-se facilitar as inúmeras transições que cada adolescente foi vivenciando.

O trabalho desenvolvido neste campo de estágio representa um encontro, uma ponta de ligação entre os conhecimentos académicos/disciplinares e a experiência profissional. Este percurso, sustentado no paradigma de modelo de desenvolvimento de competências profissionais, permitiu a vinculação com o meio envolvente e uma melhor compreensão dos fenómenos de agressividade que me propus estudar. Representou um passo fundamental para a minha própria construção de identidade pessoal e profissional, onde as reflexões sobre mim, sob vários contextos e perspetivas, me fizeram crescer e dar um novo sentido ao estabelecimento da relação terapêutica. Este foi o primeiro passo dado para o desenvolvimento de competências de EESMP, com principal destaque para o desenvolvimento da primeira competência, relativa ao desenvolvimento de auto-conhecimento. Possuir competências é, sem dúvida, muito importante, mas mais importante é saber como mobilizá-las, ao longo da nossa atuação. As intervenções

realizadas permitiram-me construir novas formas de atuação, em contexto de situação de agudização da doença. Sob o olhar sustentado num modelo integrado, onde contribuíram fundamentos psicodinâmicos, cognitivo-comportamental e princípios da psicologia do desenvolvimento, creio ter conseguido pensar, planear e apresentar uma intervenção fundamentalmente de carácter preventivo, junto dos jovens de quem cuidei.

3.2. Contexto Comunitário – Equipa Comunitária de Pedopsiquiatria

O estágio em contexto comunitário foi realizado numa Equipa Comunitária de Pedopsiquiatria do mesmo Centro Hospitalar onde se realizou o estágio hospitalar, decorrendo entre 28 de Outubro de 2014 a 18 de Fevereiro de 2015, ou seja, em simultâneo com o estágio hospitalar, uma vez por semana.

As sessões realizaram-se todas as quartas-feiras, com duração de cerca de uma hora e meia, contabilizando um total de catorze sessões de âmbito socioterapêutico. Embora o *términus* do estágio fosse na data supramencionada, permaneci no grupo terapêutico até ao final do ano letivo, no sentido de continuar a desenvolver as minhas competências enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e garantir o envolvimento adequado no projeto terapêutico referente a cada jovem.

Sustentando a intervenção no desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, delineei como objetivo principal:

- ✓ Desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem de âmbito socioterapêutico na prevenção e gestão da agressividade em contexto grupal, com adolescentes com perturbação mental;

Como objetivos específicos, defini:

- ✓ Adquirir e aprofundar o desenvolvimento de conhecimentos na intervenção grupal com adolescentes em situação de perturbação mental;
- ✓ Planear, realizar e avaliar intervenções de enfermagem de âmbito psico e

socioterapêutico na prevenção e gestão de comportamentos agressivos, num *setting* terapêutico grupal.

3.2.1. Caracterização da Equipa Comunitária de Pedopsiquiatria

Esta equipa comunitária da Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, corresponde a uma Unidade de Cuidados que privilegia a prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime ambulatorio, a crianças e adolescentes, dos cinco aos doze anos de idade (inclusivé), e suas famílias. Todavia, a par das novas necessidades de atendimento da população, recorreu-se à inclusão de jovens até aos quinze anos de idade, num dos grupos terapêuticos realizados. São clientes na sua grande maioria em idade escolar, residentes nas áreas supramencionadas anteriormente, aquando da descrição do contexto hospitalar. Esta equipa tem também um Hospital de Dia desde o início do ano de 2010.

Como objetivos centrais desta equipa comunitária, destacam-se: proporcionar tratamento especializado a crianças e adolescentes e suas famílias; promover a integração familiar dos clientes e alívio do sofrimento psíquico da criança e adolescente com perturbação mental, bem como das suas famílias.

Nesta perspetiva, no início do ano de 2014 foram formados dois grupos terapêuticos: o primeiro que visa a prestação de cuidados a crianças entre os seis e dez anos, o qual se realiza semanalmente às sextas-feiras de manhã; o segundo que é constituído por adolescentes entre os treze e os quinze anos de idade, com intervenção às quartas feiras no período da tarde. O primeiro grupo é dinamizado por um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) e por uma Psicomotricista. O segundo grupo, no qual participei enquanto co-terapeuta, é dinamizado por dois EESMP. Simultaneamente no decorrer destes grupos terapêuticos, uma EESMP, com formação em Terapia Familiar, realiza sessões grupais com os familiares, maioritariamente mães e pais, das crianças/adolescentes pertencentes aos dois grupos.

Centrado num projeto terapêutico personalizado, definido pelos diferentes intervenientes envolvidos, os enfermeiros reúnem-se quinzenalmente e discutem a evolução de cada cliente e sua família. Noutro momento, a equipa multidisciplinar reúne-se trimestralmente, discute os casos clínicos e a evolução dos clientes, sendo

este o momento privilegiado para re-organizar e re-desenhar o projeto terapêutico dos clientes. Quanto à constituição da equipa multidisciplinar, esta conta com três EESMP, Pedopsiquiatras, Assistentes Operacionais, Psicomotricista e Psicólogos. A equipa promove a articulação através de contatos regulares com instituições privadas e de solidariedade social, outros serviços do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência e também com escolas e centros de formação da área de residência dos clientes.

Atendendo ao tipo de intervenção desta equipa, o grupo classifica-se de socioterapêutico, enquanto ancorado por referenciais teóricos, como o Sociodrama Moreniano, sendo o grupo terapêutico, liderado por dois EESMP, com formação nesta área, e que assumem o papel de terapeuta e co-terapeuta. A este propósito Coimbra de Matos (2002) refere que, “na composição [da] equipa é importante garantir a presença de elementos dos dois sexos. A experiência mostra-nos que esta «bissexualidade» da equipa terapêutica é de uma grande importância, designadamente no tratamento de grupos de adolescentes. Útil ainda, é a existência de pessoas de mais do que uma geração entre o pessoal técnico.” (p. 47), algo que acontece nesta equipa.

As crianças e adolescentes nesta Unidade são na sua maioria “crianças agitadas e turbulentas, que privilegiam o agir – e não a palavra – como forma de expressão do seu sofrimento psíquico. Com fraca capacidade de pensar e pensar-SE, à necessidade de agir permanente aliam a agressividade (...)” (Carreira, Correia, 2011, p. 7,8).

O grupo terapêutico teve início em meados de Outubro e ficou definitivamente formado no dia 4 de Dezembro de 2014, com a chegada do último cliente, contando com um total de seis adolescentes. Contudo, no final desse mesmo mês, uma das jovens abandonou o grupo terapêutico por dificuldades inerentes à relação entre pai e mãe, que inviabilizaram a sua ida ao grupo. A nível processual trata-se de um grupo fechado que se irá manter em intervenção até ao final de Julho do ano de 2015.

A escolha da melhor estrutura para um grupo implica, *a priori*, que os terapeutas considerem os fatores intrínsecos – eventos da vida dos clientes que não podem ser alterados, tendo os terapeutas que se adaptarem a eles; e fatores extrínsecos – fatos das vidas dos clientes que podem ser influenciados pelos terapeutas

(Vinogradov, Yalom, 1999). Deste modo, houve necessidade de passar a intervenção de grupo, inicialmente pensada para decorrer às terças-feiras, para quarta-feira, no sentido de garantir e respeitar esses mesmos fatores e não lesar as próprias atividades curriculares dos jovens.

No que concerne ao número de participantes, verifica-se que corresponde à quantidade ideal para que um grupo seja terapêutico e abra espaço para a partilha de experiências e vivências. Osorio e Zimmerman (1997), referem que o grupo ideal varia entre os quatro ou cinco clientes até ao máximo de doze. Os grupos mais restritos, de seis a oito clientes, fomentam um maior intercâmbio verbal.

3.2.2. Intervenções de Enfermagem desenvolvidas

Como forma de elucidar o percurso realizado, será preponderante iniciar o subcapítulo procedendo à caracterização sumária de cada um dos seis jovens do grupo.

L.M., género masculino, treze anos de idade, primeiro filho de uma fratria de dois. Sem contato prévio com serviços de psiquiatria, tem como antecedente familiar relevante a história de doença mental grave do pai. Foi referenciado para o grupo por ter iniciado quadro de alterações do comportamento, com evolução de dois anos, com isolamento social, com maior desenvolvimento de atividade recreativas individuais, nomeadamente jogos de computador. Contato reservado, embora se destaque pela sua grande capacidade em pensar-SE e de partilhar os seus sentimentos e emoções no seio do grupo.

J.P., género masculino, quinze anos de idade, filho único. Previamente acompanhado noutro grupo terapêutico da mesma clínica há cerca de dois anos, por quadro de relação fusional com mãe, acompanhado de alterações do comportamento. A mãe é igualmente acompanhada em consulta de psiquiatria por apresentar patologia dual. Melhoria do seu quadro clínico, integrou este ano o ensino regular, apresenta bons resultados académicos. Vive atualmente numa Instituição de Solidariedade Social. A constante necessidade de amenizar as relações familiares e inversão do papel parental, são alguns dos motivos que o fazem permanecer em intervenção.

N.A., género feminino, treze anos de idade, filha única. Contexto familiar disfuncional, marcado por episódios de violência e suspeita de abuso sexual por parte do pai. Pais separados, vive com a mãe e avó. Inicia quadro de mutismo, humor depressivo e baixo rendimento escolar, com evolução de cerca de dois anos. Apenas comunica verbalmente com a mãe. Contato reservado, dificuldade em aceder à palavra como meio de expressão, embora utilize outros

mediadores expressivos, destacando-se o movimento corporal (com enfoque para a expressão facial) e utilização do desenho. Muito atenta ao grupo e às necessidades do mesmo.

J.C., gênero masculino, catorze anos de idade, primeiro filho de uma frataria de dois. Tem acompanhamento na pedopsiquiatria desde há dois anos, por comportamento inibido, dificuldades em contexto escolar, com rendimento académico muito baixo e envolvimento em vários conflitos com os pares. Apresenta um contato inibido, com dificuldade em expressar-se verbalmente e com discurso monossilábico. Pouco envolvido no projeto terapêutico, tem dificuldade em reconhecer o *setting* terapêutico como benéfico para o seu bem estar físico e psicológico. Apresenta agressividade contida, nunca expressa em contexto de grupo.

D.G, gênero masculino, catorze anos, é atualmente o elemento mais velho do grupo terapêutico (terceiro ano consecutivo em intervenção). Primeiro filho de uma fratria de dois. É seguido em pedopsiquiatria desde os nove anos de idade, por défice de atenção/concentração, baixa tolerância à frustração, encoprese (que se mantém pontualmente) e enurese noturna. Rendimento escolar mediano, apresenta como maiores dificuldades na socialização com os seus pares e dificuldade no processo de autonomia, adotando uma postura permanentemente passiva nas relações estabelecidas. Não obstante, tem maior capacidade em pensar-SE e compreender os seus estados emocionais, demonstrando um comportamento mais consistente e maduro.

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento, que engloba toda a pessoa com idade entre os dez e dezoito anos (Alto Comissariado de Saúde, 2009), em que ocorrem várias transformações, tanto físicas como psíquicas, do pensamento, personalidade, vida social onde aufere o processo de autonomização face aos pais (Dias, 2009). Por sua vez, Coimbra de Matos (2012), refere-se à intensidade e mobilidade da vida mental neste período de desenvolvimento. “...condicionada que está, por um lado, pela enorme pressão dos instintos, por outro, pelo alargamento do conhecimento das pessoas, das coisas, dos fenómenos e si próprio.” (p.109). De acordo com o mesmo autor (2012, p. 39) “quando os mecanismos comuns de regulação psicossocial falham ou se mostram insuficientes (...) torna-se necessário o apoio terapêutico e o esclarecimento diagnóstico. E em toda a metamorfose que existe na adolescência, a terapia de grupo consiste no método que melhor se parece adaptar à adolescência, por corresponder à natural tendência dos adolescentes em procurar no grupo de iguais «o continente para as suas ansiedades»” (2012, p.321).

Habituada e, reconhecidamente, mais confortável no estabelecimento de relações terapêuticas do tipo duais, abarcar este projeto, por meio da terapia em grupo, constituiu um grande desafio. Ao invés de adultos, estava perante jovens adolescentes, num contexto de ambulatório onde a própria intervenção

sociodramática, tão específica e única, constituíam uma novidade que rapidamente se transformou num processo de aprendizagem rico e reconfortante.

Decorridas as formalidades compulsórias, como as apresentações à equipa e espaço físico, criou-se o momento para a primeira partilha sobre a missão da clínica, os objetivos o tipo de intervenção pautada nos grupos terapêuticos e também as características do próprio grupo deste ano. Embora se tratasse de um grupo terapêutico em construção, onde um dos jovens mantinha a terapia, desde há dois anos, havia um sentido de continuidade do trabalho.

Concedida a possibilidade de acompanhar um grupo fechado, procurei aprofundar os meus conhecimentos na área de dinâmicas de grupo, adolescência e sociodrama.

A minha integração nesta equipa, permitiu-me, em sentido lato, realizar intervenções de âmbito socioterapêutico¹⁶ por meio da terapia pelo movimento e expressão plástica com recurso a mediadores específicos e instrumentos sociodramáticos. Estas intervenções concorreram em grande escala para o desenvolvimento de espontaneidade e criatividade, características que considero, atualmente, como fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica. O primeiro grande impacto foi dar-me conta exatamente deste sentido de espontaneidade *in loco*: as sessões não obedeciam a regras propriamente ditas, não haviam planos de sessão formais, nem tão pouco estruturas definidas em papéis...estávamos, por assim dizer, livres e confinados ao “aqui e agora”. Esta realidade foi, para mim, olhada como um verdadeiro desafio, uma vez que exige que o terapeuta apresente uma grande capacidade de flexibilidade e maleabilidade na resposta. O tema de cada sessão era pensado por nós mas abandonar o modelo de sessões previamente estruturadas e planeadas e abraçar esta nova metodologia de

¹⁶ **Unidade de competência – F2.3** - Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. **Critérios de avaliação F2.3.1.** Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo. **Unidade de competência F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critérios de avaliação F4.2.1.** Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições. **F4.2.2.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema. **F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. **F4.2.4.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.

trabalho foi uma experiência bastante enriquecedora. Assim, as sessões foram realizadas em consonância com a intervenção sociodramática e também de acordo com o defendido por Carvalho e Monteiro (2008): aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e finalização.

Com esta metodologia, senti-me mais atenta ao grupo e às suas reações, bem como às minhas próprias emoções e pensamentos que daí decorreram¹⁷.

Foi o próprio grupo que construiu as sessões, pelo que esta posição exige bastante do terapeuta. A ativação e utilização do “aqui e agora” implica que o terapeuta esteja com uma atenção plena no que está a acontecer e que tenha uma capacidade de análise apurada para compreender as subtilezas que acontecem nas interações do grupo. Tão importante quanto o envolvimento do indivíduo nesta ação é também o reconhecimento por parte do terapeuta e co-terapeuta do que está a acontecer, a sua análise e compreensão (Yalom, Leszcz, 2005). Enquanto co-terapeuta, sentia-me muitas vezes como uma “ponte” de ligação entre o terapeuta e os próprios adolescentes, num papel contentor e de constante observação, fui-me dando conta da evolução do grupo.

As sessões foram decorrendo, envoltas num carga emocional bastante grande que seguramente se transformaram em momentos importantes de restauro psíquico e emocional, bem como em momentos de aprendizagem profundos, onde o olhar sob o cuidar do adolescente se foi tornando cada vez mais perito e sensível. O conhecimento de mim mesma, a capacidade de reconhecer os limites da minha intervenção¹⁸ e as minhas barreiras, enquanto pessoa, a procura da minha própria identidade profissional, em busca da melhor intervenção especializada, para mim e para os outros, representam na atualidade ganhos soberbos, advindos dos cuidados prestados. Mas para isso também contribuíram as reflexões conjuntas com o orientador clínico¹⁹, em momentos de supervisão e a realização de jornais de

¹⁷ **Unidade de competência –F1.1.** -Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Crítérios de avaliação** - F1.1.4. Monitoriza as suas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

¹⁸ **Unidade de competência –F1.1.** -Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Crítérios de avaliação F1.1.3.** Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

¹⁹ **Unidade de competência –F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Crítérios de avaliação F1.1.1** Identifica no aqui — e — agora emoções, sentimentos, valores e outros factores

aprendizagem²⁰ “A chegada à Equipa Comunitária Pedopsiquiatria” e “Inversão do papel parental. Quando os filhos se tornam pais.”, através do ciclo de Gibbs (*vide* apêndice XIII e XIV) que me permitiram pensar e sobretudo olhar e auscultar-me, distinguindo aquilo que é meu e do outro ou aquilo que é nosso, enquanto EU enfermeira e parceira de projeto terapêutico, contemplando as minhas características e vivenciais pessoais que não podem nem devem ser esquecidas.

Para além desta organização, é importante referir as diferentes fases pelos quais o grupo foi passando. Yalom e Leszcz (2005), reconhecem que todos os indivíduos atravessam uma série de etapas evolutivas durante a psicoterapia, esta realidade foi confirmada durante as sessões, onde destaco essencialmente a passagem por três fases: a primeira fase, construída pelas sessões iniciais que procuraram o desenvolvimento de vínculos entre os clientes e os terapeutas, onde se destaca a promoção de sentimentos de confiança, tão importantes para o reconhecimento do *setting* terapêutico como espaço fundamental para o bem estar psicológico.

Em busca do sentido de intervenção, trabalhou-se durante quatro sessões a realização do símbolo de grupo, onde se tornava visível as características pessoais de cada jovem e também os seus pertences como objetos identificatórios nos próprios pares.

Através desta construção, as seguintes sessões permitiram trabalhar os aspetos comuns entre os jovens, correspondendo então à segunda fase do grupo. Nestas sessões manteve-se o trabalho do reconhecimento do *setting* terapêutico através da “nomeação” de cada jovem como protagonista de cada sessão, como forma de partilhar as coisas mais importantes para o mesmo, no desenvolvimento de confiança mútua entre os elementos do grupo.

Por último e, até à data final de realização do estágio, entrou-se simbolicamente numa terceira fase, onde me dei conta da profundidade das relações estabelecidas, o espaço tornou-se securizante para os adolescentes e os temas emergentes foram fundamentalmente em torno da promoção da autonomia, advinda

pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar. **F1.1.2** Gere os fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. **F1.1.3.** Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

²⁰ **Unidade de competência –F1.1. Critérios de avaliação F1.1.1; F1.1.2; F1.1.3.**

da transição desenvolvimental de criança para adolescente. Foram abordadas questões como inversão do papel parental, problemática comum a alguns jovens do grupo, bem como as questões dos conflitos familiares e pares. Bechelli e Santos (2005), fazem referência ao processo de amadurecimento que estes próprios jovens viveram dentro do grupo terapêutico: o tempo passa e “os participantes tornam-se mais envolvidos e comprometidos entre si, compartilham ideias, trocam experiências (...) os assuntos do grupo são tratados de forma confidencial e, à medida que os participantes desenvolvem respeito e confiança mútua, começa a assumir riscos nos temas examinados e na interação estabelecida.” (p. 120).

Seja qual for a fase a que nos referirmos, o nosso objetivo enquanto equipa foi de promover um espaço onde fosse possível trabalhar as dificuldades atuais ²¹através do olhar sobre as vivências de cada jovem e permitir libertar tensões e poder viver experiências enriquecedoras. Um espaço de partilha e reflexão, determinado pela influência mútua advinda dos jovens que, em tantos momentos, foram os próprios agentes terapêuticos um dos outros. De fato, a nossa intencionalidade terapêutica coaduna-se com o modelo sociodramático, defendido por Moreno (1975), o qual refere que os estímulos do presente, neste caso que emergiram no *setting* terapêutico, contribuem para a criação, pois o passado e futuro se encontram na produção atual, onde é possível através da dramatização fomentar a espontaneidade e devolver o bem estar psíquico, através das fluências e mudança na identidade de cada um dos jovens.

Por sua vez, a avaliação das intervenções de enfermagem ²² está profundamente vinculada ao sucesso terapêutico, representa a possibilidade avaliativa dos cuidados de saúde prestados bem como da própria prestação do enfermeiro. A avaliação dos resultados conduz à excelência dos cuidados, o que consequentemente contribui para a aquisição de conhecimentos e para o crescimento de novas abordagens na vida profissional de cada enfermeiro. Sobre

²¹ **Unidade de competência - F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. **Critérios de avaliação F4.2.5.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

²² **Unidade de competência – F3.2.** Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. **Critérios de avaliação F3.2.1.** Compromete -se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental. **F3.2.2.** Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.

este aspeto há a referir dois pontos: a avaliação inicial foi realizada com recurso à utilização do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (vide anexo III) (Goodman, 1997), no momento de formação do grupo. Nestas circunstâncias, o SDQ foi utilizado como avaliação clínica²³ e como instrumento de investigação de comportamentos, emoções e relações interpessoais. Assim, foram contempladas as percepções dos próprios jovens, que auto- preencheram, e também as percepções dos pais, que preencheram a versão dirigida para os mesmos. É possível consultar os resultados obtidos do SDQ referentes ao grupo no apêndice XVI. Prevê-se novo preenchimento do questionário pelos pais e jovens, no final da intervenção de grupo, meados de Julho de 2015.

Quanto à avaliação dos resultados obtidos em cada sessão, recorreu-se à realização de notas de evolução²⁴ que refletiam o comportamento demonstrado por cada jovem no momento presente. Sustentadas na própria partilha que os jovens iam realizando, as notas foram complementadas com descrições minuciosas acerca do estado mental de cada jovem, sua participação e posicionamento perante o grupo. Esta avaliação resulta da constante observação e sentir do terapeuta e co-terapeuta. A partir da terceira sessão, fiquei responsável pela formalização das notas de cada sessão, o que me permitiu adquirir uma visão integradora e sistematizada dos cuidados ali desenvolvidos.

Todo o trabalho realizado neste local de estágio exigiu um profundo investimento, do qual resultou o meu próprio crescimento, nas várias dimensões enquanto pessoa. Fomos um grupo, uma individualidade edificada pelas características pessoais de cada um de nós, cujas forças confluíram e se afiguraram como os próprios agentes terapêuticos de cada jovem ali presente.

O capítulo seguinte fará alusão às próprias considerações sobre esse crescimento.

²³ **Unidade de competência** – F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Crítérios de avaliação** F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental. F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.

²⁴ **Unidade de competência** - F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. **Crítérios de avaliação** F3.2.2. Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efectividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o percurso até aqui construído e descrito ao longo deste relatório se reconhece como um caminho de desenvolvimento pessoal e profissional. Descrevo-o como um processo contínuo de aprendizagem e valorização, que me apraz dizer que não termina aqui, mas que, de outro modo, (re)começa, com a certeza da aquisição consciente e segura das competências de EESMP.

Relembrando Benner (2001), quando refere que um mesmo enfermeiro experiente numa determinada área de enfermagem, se torna “iniciado”, quando o seu contexto se modifica. Naturalmente que a minha experiência em serviços de saúde mental de adultos, constituiu um aspeto relevante para a minha prática, enquanto estudante da Especialidade em Saúde Mental. Contudo, foi na área da Psiquiatria da Infância e Adolescência, que me era até então desconhecida, que escolhi desenvolver as competências e aprofundar os conhecimentos da *práxis*, sob uma perspetiva sustentada e profundamente relacionada com a teoria. Novamente Benner (2001), refere-se à complexidade inerente de estudar a prática de cuidados “a prática de enfermagem é bem mais complexa do que aquilo que a maioria das teorias formais de enfermagem preconizam.” (Benner, 2001,p.15).

Nesta construção de um cuidado de enfermagem cada vez mais especializado, concorreram construtos alicerçados na Teoria das Transições de Afaf Meleis, onde procurei compreender o fenómeno em estudo, os comportamentos agressivos, sob a perspetiva de desenvolvimento e maximização das capacidades de auto-regulação das crianças e adolescentes de quem cuidei.

A determinação pessoal e profissional que o percurso académico exigiu, obrigou-me a um trabalho intenso durante a prática clínica, tanto em contexto hospitalar, como em contexto de ambulatório. Durante todo o estágio e, dia após dia, as intervenções eram analisadas, as atividades e estratégias eram repensadas e discutidas. Neste sentido a intencionalidade terapêutica imbuída nas minhas intervenções, permitiram-me momentos de confronto e reflexão importantíssimos,

que me levaram, todos os dias, a crescer e a desenvolver-me enquanto enfermeira e pessoa.

Aferindo tudo o que foi descrito neste projeto, ao proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, posso concluir que foram largamente desenvolvidas de diferentes formas e intensidades as várias competências, com merecido destaque para a primeira: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” Esta busca pelo autoconhecimento, permitiu-me identificar os meus próprios medos e fragilidades e compreender melhor a forma como me posiciono na relação que estabeleço com quem cuido. As reflexões constantes e a preocupação em fazer melhor, permitiram-me mobilizar enquanto instrumento terapêutico, certa dos meus limites e também dos limites dos outros. O trabalho árduo realizado levou-me, finalmente, à consolidação de uma identidade profissional.

Torna-se importante realçar as restantes competências que foram desenvolvidas, através da realização de avaliações constantes das necessidades reais da população, com posterior implementação de estratégias e intervenções de enfermagem e novas re-avaliações. Particularmente o enfermeiro especialista, deve olhar cuidadosamente para o que se passa, o seu sentido crítico deve permitir-lhe selecionar os meios que considera mais adequados a cada situação particular com que se depara e, da reflexão acerca do que interpreta, nascerá a tomada de decisão, que contemplará, sempre, o respeito pela situação única de cada cliente de quem cuida.

Assim, sobre o tema aqui estudado, propus-me compreender aprofundadamente os fenómenos de agressividade em crianças e adolescentes, procurando que os mesmos pudessem desenvolver as suas capacidades de auto-regulação, que se revelaram, tal como a bibliografia assim explicitava, excelentes indicadores de saúde mental nestas populações.

Decorrente do trabalho que foi desenvolvido ao longo dos seis meses de estágio muitos aspetos foram surgindo como tema de discussão e reflexão entre mim e os demais que me acompanharam neste percurso.

Penso ser útil apresentar os constrangimentos/limitações decorrentes deste processo de aprendizagem.

Um dos aspetos mais revelantes prendeu-se com escassez de estudos realizados nesta área de interesse, com enfoque especial para a correlação da agressividade com as capacidades de auto-regulação na criança e adolescente. Muitos esforços têm sido realizados na área da prevenção e gestão de comportamentos agressivos e sabemos, agora, que as intervenções se focam cada vez mais na auto-determinação e estratégias que favorecem o auto-controlo do cliente. Contudo, a nível nacional não existe nenhum estudo realizado em serviços de psiquiatria da infância e adolescência que permita compreender a correlação entre a agressividade e as capacidades auto-regulatórias. Apenas se encontrou um estudo nacional, mas realizado a nível escolar, que reconhece a existência de uma forte correlação entre a desregulação emocional e a presença de comportamentos disruptivos nestas populações. A nível internacional, encontrou-se um estudo bastante revelante, que vem confirmar a relação estreita entre os dois fenómenos.

Durante a consecução do projeto esta realidade tornou-se um constrangimento, mas creio que, no futuro, pode ser encarado como um incentivo a novos estudos. Penso ter dado um passo importante para a melhor e maior compreensão dos fenómenos de agressividade nesta população estudada.

Outro aspeto que penso ser importante apresentar como potencial constrangimento prende-se com a avaliação efetiva realizada nas sessões por mim dinamizadas no contexto do internamento, em articulação com os ganhos efetivos em saúde, difíceis de mensurar objetivamente. Sobre estes aspetos, há que salientar: em primeiro lugar, o programa foi definido com 8 sessões realizadas num grupo aberto, o que fez com nem todos os adolescentes tivessem participado em todas as sessões programadas. Portanto, foi difícil compreender a evolução e os ganhos gerais, permitindo-me apenas avaliar os ganhos em cada sessão. Em segundo lugar, a aplicação do IARA 2 foi realizada exclusivamente no início do internamento de cada adolescente, não havendo, portanto, um termo de comparação quanto ao *score* obtido após a participação dos adolescentes nas sessões dinamizadas. Sobre esse aspeto, surgiram-me algumas questões: teria sido mais relevante realizar o estudo num grupo fechado? Quão benéfico teria sido aplicar novamente o IARA 2 no final do internamento de cada adolescente?

Aquando da realização do projeto, pareceu-me que pudesse ser útil cruzar os scores obtidos no IARA 2 com os scores obtidos na escala de predição do risco de agressividade – *Brøset Violence Checklist*, utilizado pelos enfermeiros do serviço. Contudo, o tratamento dos dados resultantes desta última escala, não estava disponível a nível informático, o que inviabilizou o cruzamento destes dados.

Por constrangimentos profissionais, foi-me impossível poder participar no Congresso Nacional de Psicodrama e Sociodrama realizado em Novembro de 2014, que teria, com certeza, sido uma mais-valia para a minha intervenção durante o estágio na comunidade.

Por último, posso referir que os objetivos deste relatório foram atingidos. Propus-me dar a conhecer o percurso e o trabalho por mim efetuado ao longo desta jornada académica, procurei refletir acerca dos ganhos pessoais e profissionais obtidos, mobilizando para tal as competências do EESMP. O cuidado especializado realizado foi sustentado nas premissas de Benner (2001, p.194), que refere “cuidado genuíno, (...) um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem”.

Centrando este trabalho na compreensão dos fenómenos de agressividade com o desenvolvimento das capacidades de auto-regulação das crianças e adolescentes, é agora a meu ver necessário, desenvolver estudos nesta área que possam favorecer a implementação de intervenções de enfermagem cada vez mais sensíveis e determinantes, para o desenvolvimento de uma intervenção precoce.

Por fim, luz apagada....

Num caminho efetuado *com* e *para* estes adolescentes, onde, mais do que olhar, fiquei atenta, observei, escutei e dei voz e movimento aos sentimentos e emoções. Aos meus, aos dos outros, a todos nós, que neste percurso pautado pelo crescimento e reconhecimento enquanto um EU integrante e integrado.

Com as mãos entrelaçadas, onde as capacidades relacionais me permitiram ver para além do óbvio, onde pude comunicar para além da palavra, onde nada foi censurado e todo o gesto, repleto de intenção terapêutica, permitiu o reconhecimento de mim e do outro...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M., Ferreira, L., Nabais, A. (2010). *Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*., Norma 61. HDE – CHLC.
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão nacional de saúde da criança e do adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Araújo, A. Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM 5. *Revista Brasileira de Terapias Comportamental e Cognitiva*. 16 (1), 67-82.
- American Psychiatric Association* (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª Edição, Texto revisto. Lisboa: Climepsi editores.
- Anderson, C; Bushmam, B. (2002). Human Agression. *Rev. Psychol*. 53, 27–51.
- Barros, P., Silva, F. (2006). Origem e manutenção do comportamento agressivo na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (1), 55-66.
- Bechelli, L., Santos, M. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 13 (1), 118-125. **DOI:** 10.1590/S0104-11692005000100019.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berg, J., Kaltiala-Heino, R., Valimaki, M. (2011). Management of aggressive behaviour among adolescents in forensic units: a four country perspective.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 18. 776-785. **DOI:** 10.1111/j.1365-2850.2011.01726.x.

Berg, J. (2012). Agression and its management in adolescent forensic psychiatric care. Department of Nursing Science University of Turk, Finland, 1-64.

Bravo, A. (2012). *Regulação Emocional em Crianças com Comportamentos Escolares Disruptivos*. Dissertação de Mestrado. Psicologia da Educação. Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga.

Cardoso, A. (2008). O insight em Psiquiatria. *Revista de Psicologia*. 20 (2), 348-355. **DOI:** 10.1590/S1984-02922008000200003

Carreira, A., Correia, A. (2011). Unidade de Cuidados a tempo parcial para crianças com problemas do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 31, 7-15.

Carvalho, E. e Monteiro, A. (2008). *Sociodrama e sociometria – aplicações clínicas*. São Paulo: Editora Ágora.

Cavalcante M., Humerez D., (1997). A contenção na assistência de enfermagem como ação mediadora na relação enfermeiro-paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*. 10 (2), 69-73.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1. Loures: Lusodidata.

Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica: estratégias de intervenção*. Vol. 2. Loures: Lusodidata.

Coimbra de Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.

Correia de Brito, E. (2012). *A literacia da leitura em adultos – análise diacrónica de processos de (re)socialização num grupo de Educação e Formação de Adultos, construído no feminino*. Dissertação de Doutoramento em Sociologia na Especialidade das Desigualdades, Cultura e Território. Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, *Revista do IPSV*. 30, 234-251.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiatria Clínica*. 37 (4), 145-151.
- Crocker, J., Stargatt, R., Denton, C. (2010). Prediction of aggression and restraint in child inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 44:443–449. **DOI:** 10.3109/00048670903489825.
- Dias, P., Del Castillo, J., Moilanen, K. (2014). The Adolescent Self-Regulatory Inventory (ASRI) Adaptation to Portuguese Context. 24 (58), 155-163. **DOI:** 10.1590/1982-43272458201403.
- Dias, S. (2009). *Comportamentos sexuais nos Adolescentes. Promoção da Saúde Sexual e Prevenção do VIH/SIDA*. Coimbra. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Duxbury, J. (2003). Testing a new tool: The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS). *Nurse Researcher*. 10, 39–52. **DOI:** 10.7748/nr2003.07.10.4.39.c5906.
- Elliot, A., Thrash, T., K, Murayama (2011). A longitudinal Analysis of Self-Regulation and Well-Being: Avoidance Coping, Stress Generation and Subjective Well-Being. *Journal of Personality*. 79 (3), 643-674. **DOI:** 10.1111/j.1467-6494.2011.00694.x.
- Farley, J. & Kim-Spoon, J. (2014). The development of adolescent self-regulation: Reviewing the role of parent, peer, friend, and romantic relationships. *Journal of Adolescence*. 37, 433-440. **DOI:** 10.1016/j.adolescence.2014.03.009.
- Farrell, G. (1997). Aggression in clinical settings nurse's views. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 501-508. **DOI:** 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025501.x
- Ferrari, D., Miyahara, R., Sanches, C. (2014). *A violação de direitos de crianças e adolescentes. Perspectivas de enfrentamento*. São Paulo: Summus Editorial.

- Ferreira, S., Sousa, B. (2003). Atitudes dos adolescentes face à sexualidade. *Revista Sinais Vitais*. 48, 35-38.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança – Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Fuertes, A., Lopez, F. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o planeamento da família.
- Gagliotto, G., Berté, R., Vale, G. (2012). *Agressividade da Criança no Espaço Escolar: Uma abordagem psicanalítica*. 15 (37), 168-177.
- Goodman, R. (1997). The Strenghts and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psycology and Psychiatry*. 8 (5), 581-586. **DOI:** 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
- Guimarães, N., Pasian, S. (2006). Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicologia em Estudo*. 11 (1), 89-97.
- Hage, S., Van Meijel, B., Fluttert, F., Berder, G. (2009). Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factores, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 661-669.
- Hall, J.M., Stevens, P., Meleis, A. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science* 16. 23–41.
- Kendall, P. C. (1991). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford Press.
- Kristensen, C., Lima, J., Ferlin, M., Flores, R., Hackmann, P. (2003). *Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica*. Estudos de Psicologia. 8(1), 175-184.
- Laufer (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa. Climepsi Editores.

- Loeber R., Hay D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*. 48, 371–410. **DOI:** 10.1146/annurev.psych.48.1.371
- Liu, J., Lewis, G., Evans, L. (2013). Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 20, 156-168. **DOI:** 10.1111/j.1365-2850.2012.019 02.x
- Marková, I., Berrios, G. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 86, 159-164. **DOI:** 10.1111/j.1600-0447.1992.tb03245.x
- Marques, C., Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Coordenação Nacional para a Saúde Mental*. Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (3ª ed.) New York: Springer Publishing Company.
- Moilanen, K. (2005). The Adolescent Self-Regulatory Inventory: The Development and Validation of a Questionnaire of Short-Term and Long-Term Self-Regulation. *Journal Youth Adolescence*. 36, 835-848. **DOI:** 10.1007/s10964-006-9107-9.
- Moilanen, K. (2007). The Adolescent Self-Regulatory Inventory: The development and validation of a questionnaire of short-term and long-term self-regulation. *Journal of Youth and Adolescence*. 36(6), 835-848. **DOI:** 10.1007/s10964-006-9107-9.
- Moneta, I. & Rousseau, C. (2008). Emotional expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning

difficulties. *The Arts in Psychotherapy*. 35, 329–340. **DOI:** 10.1016/j.aip.2008.07.001.

Moura, L. (2014). O objeto Intermediário de Comunicação – abordagem de algumas experiências inovadoras. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psicodrama*, 7, 3-114.

Neumann, A., Lier, P., Gratz, K. & Koot, H. (2010). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *SAGE Journals*. 1–12. **DOI:** 10.1177/1073191109349579.

Nock, M.K., Jr. Joiner T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson E. & Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*. 144, 65-72. **DOI:** 10.1016/j.psychres.2006.05.010.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Conselho de Enfermagem. Parecer nº 226/2009. Elaboração de parecer sobre Circular Normativa da DGS nº 8 / DSPSM / DSPCS de 25/ 05 / 2007 referente a medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de doentes – contenção física.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do exercício profissional do enfermeiro e estatuto da ordem dos enfermeiros*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros.

Osorio, L., Zimmerman, D. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed.

Richter, D., Whittington, R. (2006). *Violence in Mental Health Settings*.

Sequeira, C. (2013). Editorial: Padrões de Investigação em Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (10), 5-7.

Silk, J., Steinberg., S, Morris (2003). Adolescent's Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development*, 74, 1869-1888. **DOI:** 10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x.

- Sousa, F. (2009). O Enfermeiro e o Empowerment em Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Secção Regional da R.A. Açores. Acedido a: 24/04/2014 Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>.
- Valois R., MacDonald J., Bretous L., (2002) Risk factors and behaviors associated with adolescent violence and aggression. *American Journal of Health Behavior*. 26, 454– 464.
- Vasilev, A., Crowell, S., Beauchaine, P., Mead, K., Gatzke-Kopp, L. (2009). Correspondence between physiological and self-report measures of emotion regulation: A longitudinal investigation of youth with and without psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50, 1357-1364. **DOI:** 10.1111/j.1469-7610.2009.02172.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1999). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization (2005) - *Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future*. Acedido a 17/06/2015 Disponível em: <http://feafes.org/publicaciones/Mentalhealthpromotionyoungpeople.pdf>.
- Yalom, I. D. & Ballinger, B. (1995). *Group therapy in practice in Comprehensive book of psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zimmer-Gembeck, J., Skinner, A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*. 15, 3-7.

ANEXOS

ANEXO I – INVENTÁRIO DE AUTO REGULAÇÃO DO ADOLESCENTE (IARA-2)

Por favor lê e responde a cada uma das afirmações seguintes. Utilizando a escala numérica que se segue, indica em que grau cada afirmação te descreve.

1	2	3	4	5
Nada verdadeiro para mim	Pouco verdadeiro para mim	Nem verdadeiro nem falso para mim	Algo verdadeiro para mim	Mesmo verdadeiro para mim

	Nada verdadeiro	Pouco verdadeiro	Nem verdadeiro nem falso	Algo verdadeiro	Mesmo verdadeiro
1. Desisto quando as coisas demoram mais do que eu tinha planeado.	1	2	3	4	5
2. Eu perco coisas se não as arrumo imediatamente depois de usá-las.	1	2	3	4	5
3. Se alguma coisa não estiver a correr como planeei, eu mudo os meus comportamentos para experimentar e alcançar o meu objectivo.	1	2	3	4	5
4. Eu desisto dos meus trabalhos de casa se não os compreender.	1	2	3	4	5
5. Consigo encontrar formas de obrigar-me a estudar mesmo quando os meus amigos querem sair.	1	2	3	4	5
6. Eu entrego os meus trabalhos de casa a tempo.	1	2	3	4	5
7. Quando estou aborrecido fico com "bichos-carpinteiros" ou não consigo parar quieto.	1	2	3	4	5
8. paro para pensar acerca das consequências a curto-prazo das minhas palavras ou comportamentos.	1	2	3	4	5
9. Adio constantemente pequenas tarefas.	1	2	3	4	5
10. Pequenos problemas desviam-me dos meus planos a longo prazo.	1	2	3	4	5
11. Eu faço coisas inesperadas sem pensar nas consequências a longo-prazo.	1	2	3	4	5
12. Quando estou a fazer algo realmente divertido esqueço-me do que quer que precise de fazer.	1	2	3	4	5
13. Durante uma aula aborrecida, tenho dificuldade em obrigar-me a começar a prestar atenção.	1	2	3	4	5
14. Eu descubro formas de me entreter quando sou atrasado por pessoas mais lentas.	1	2	3	4	5
15. Se existirem outras coisas a acontecer à minha volta, tenho dificuldade em manter-me concentrado no que estiver a fazer.	1	2	3	4	5
16. Nunca sei quanto trabalho mais tenho que fazer.	1	2	3	4	5
17. Após uma interrupção, não tenho qualquer dificuldade em retomar a minha concentração no trabalho.	1	2	3	4	5
18. Para mim, é difícil começar a fazer planos para lidar com um grande projecto ou problema, especialmente quando me sinto stressado.	1	2	3	4	5
19. Não consigo começar algo se não estiver interessado.	1	2	3	4	5
20. Mesmo quando um trabalho é aborrecido, eu consigo manter-me concentrado.	1	2	3	4	5

	Nada verdadeiro	Pouco verdadeiro	Meu verdadeiro mesmo filho	Algo verdadeiro	Muito verdadeiro
21. Quando estou zangado, eu consigo impedir-me de fazer coisas como atirar objectos.	1	2	3	4	5
22. Eu esqueço-me de prazos importantes porque sou desorganizado.	1	2	3	4	5
23. Eu trabalho cuidadosamente quando sei que algum trabalho é mais complicado.	1	2	3	4	5
24. Normalmente tenho consciência dos meus sentimentos antes de os manifestar.	1	2	3	4	5
25. Eu exagero na reacção a pequenos problemas.	1	2	3	4	5
26. Nas aulas, consigo concentrar-me no meu trabalho mesmo se os meus amigos estiverem a falar.	1	2	3	4	5
27. Quando estou entusiasmado em atingir um objectivo (ex. tirar a carta de condução, ir para a universidade), é fácil começar a trabalhar para isso.	1	2	3	4	5
28. Consigo encontrar formas de me manter firme com os meus planos e objectivos mesmo quando eles são difíceis.	1	2	3	4	5
29. Consigo acalmar-me quando quiser.	1	2	3	4	5
30. Quando tenho um grande projecto, consigo manter-me a trabalhar nele.	1	2	3	4	5
31. Eu fico emocionalmente arrebatado quando me entusiasmo com alguma coisa.	1	2	3	4	5
32. Consigo resistir a fazer uma coisa quando sei que não o devo fazer.	1	2	3	4	5
33. Adio constantemente quando estou a começar grandes projectos.	1	2	3	4	5
34. Mantenho-me a par dos meus trabalhos de casa para não me esquecer de os fazer	1	2	3	4	5
35. Mantenho-me a par do meu desempenho na escola ao longo do tempo.	1	2	3	4	5
36. Não permito que nada me distraia dos meus planos de acção diários.	1	2	3	4	5
37. Tento a mesma abordagem vezes sem conta até quando ela não funciona (fico preso).	1	2	3	4	5
38. Gosto de agir por capricho.	1	2	3	4	5
39. Obedeço aos meus pais ou professores quando eles me dizem para não fazer algo.	1	2	3	4	5
40. Quando me estou a divertir, negligencio as minhas responsabilidades (ex.: trabalhos de casa, tarefas).	1	2	3	4	5
41. Outras pessoas têm de me ajudar a começar tarefas complicadas.	1	2	3	4	5
42. Perco entusiasmo quando as coisas ficam difíceis.	1	2	3	4	5
43. Em qualquer tarefa não consigo pensar em mais do que um passo à frente.	1	2	3	4	5

**ANEXO II – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE
INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

(se disponível)

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua. dispõe de procedimentos que permitem salvaguardar os direitos de ambos.

O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo.

Área/Unidade:

Título do estudo:

Procedimentos principais:

Confirmo que expliquei ao participante, ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os procedimentos, assim como os potenciais riscos e inconvenientes, e que entreguei o folheto de informação complementar.

Se aplicável, vinheta
do médico

Assinatura do investigador:

Nº mec. [][][][][] Cédula Profissional [][][][][]

Data: [][][][][][][][][][]

A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal

Declaro que me foram explicados de forma adequada e inteligível o objectivo e natureza da investigação e o(s) procedimento(s) a(os) que serei sujeito. Foram-me explicados os potenciais riscos e inconvenientes do(s) procedimento(s) proposto(s), que foram por mim compreendidos e aceites, concordando em participar no estudo.

Participante:

Representante Legal*: Qualidade:

Assinatura: Documento:

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ) – VERSÃO
PREENCHIDA PELOS PAIS

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Port)

P 4-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

**ANEXO III – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ) – VERSÃO
PREENCHIDA PELOS ADOLESCENTES**

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

A¹¹⁻¹⁷

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Nome

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando sempre à pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tens algum outro comentário ou preocupação? Descreve.

Em geral, pensas que tens dificuldades numa ou mais das seguintes áreas:
emoções, concentração, comportamento ou em dares-te com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeste "Sim", por favor responde às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam-te ou fazem-te sofrer?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o teu dia-a-dia nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são um problema para os que estão à tua volta (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Muito obrigado pela tua ajuda

APÊNDICES

APÊNDICE I – RESULTADOS OBTIDOS DA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO AUTO-REGULAÇÃO DO
ADOLESCENTE

AMOSTRA

A amostra foi constituída por 17 adolescentes internados num serviço de pedopsiquiatria de Portugal, dos quais 6 são rapazes (35.3%) e 11 são raparigas (64.7%), com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos ($X=14.412$, $\sigma=1.417$), tal como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos pela idade:

IDADE (ANOS)	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
11	1	5.9
13	3	17.6
14	4	23.5
15	6	35.3
16	2	11.8
17	1	5.9
TOTAL	17	100%

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos pelo motivo de internamento:

MOTIVO INTERNAMENTO	FREQ.	%
Perturbação do Comportamento	4	23.5
Perturbação do Comportamento Alimentar	4	23.5
Ideação Suicida	4	23.5
Ideação Suicida com tentativa de suicídio	4	23.5
Surto Psicótico	1	5.9
TOTAL	17	100%

RESULTADOS

- Motivo de internamento em função das variáveis sócio-demográficas:

Analisados os motivos de internamento em função das variáveis sócio-demográficas, com o recurso ao teste qui-quadrado, verificou-se que as variáveis são independentes do género [$\chi^2_{(4)} = 4.958$, $p=.292$], embora estejam associadas na idade [$\chi^2_{(20)} = 34.708$, $p=.022$].

- Auto-regulação em função das variáveis socio-demográficas:

Para analisar a auto-regulação em função do género, foi utilizado o teste U de Mann Whitney que, como se percebe na tabela 3, não nos permite perceber diferenças entre os grupos ($p>.05$).

Tabela 3. Relação entre auto-regulação e género.

	MASCULINO		FEMININO		MANN-WHITNEY	
	MEDIANA	AIQ	MEDIANA	AIQ	U	p
SUB-ESCALA CURTO PRAZO	54.00	27	49.00	17	32.000	.920
SUB-ESCALA LONGO PRAZO	83.50	27	75.00	10	27.000	.546
DIMENSÃO COGNITIVA	28.50	12	28.00	7	31.500	.879
DIMENSÃO EMOCIONAL	49.00	20	45.00	12	32.000	.920
DIMENSÃO COMPORTAMENTAL	60.50	23	53.00	12	25.500	.450
SCORE TOTAL	145.50	49	125.00	23	29.000	.688

AIQ – Amplitude Interquartil

U – Estatística U do teste de Mann Whitney

p – Valor de significância

Para analisar a auto-regulação em função da idade, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*, que nos permitiu perceber uma relação positiva e mediana entre as dimensões e a idade, excepto na dimensão comportamental ($p > .05$), nomeadamente com o score total ($r_s = .501$, $p = .041$), tal como se pode observar na tabela 4.

Tabela 4. Relação entre a autoregulação e a idade.

	IDADE	
	Rho (coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>)	p (valor de significância)
SUB-ESCALA CURTO PRAZO	.544*	.024
SUB-ESCALA LONGO PRAZO	.439	.078
DIMENSÃO COGNITIVA	.578*	.015
DIMENSÃO EMOCIONAL	.553*	.021
DIMENSÃO COMPORTAMENTAL	.352	.166
SCORE TOTAL	.516*	.034

Auto-regulação em função do motivo de internamento:

Por fim, explorando a auto-regulação em função do motivo de internamento, com o recurso ao teste Kruskal-Wallis, encontramos diferenças significativas entre os grupos, como se percebe na tabela 5, jovens com perturbação do comportamento apresentam scores mais baixos em todas as dimensões de auto-regulação. Scores mais altos foram obtidos pelos jovens com perturbação do comportamento alimentar.

Tabela 5. Auto-regulação em função dos motivos de internamento

	IDEAÇÃO SUICIDA		IDEAÇÃO SUICIDA COM TENTATIVA DE SUICÍDIO		PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO		PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR		KRUSKAL- WALLIS	
	MEDIANA	AIQ	MEDIANA	AIQ	MEDIANA	AIQ	MEDIANA	AIQ	U	p
SUB-ESCALA CURTO PRAZO	60	12.75	44	10	40.5	8	55	11.75	10.190	.017
SUB-ESCALA LONGO PRAZO	78.5	18.5	71.5	6.5	62.5	10.5	95	21.5	13.316	.004
DIMENSÃO COGNITIVA	31	3	26	6.25	22.5	7	32	9.75	8.112	.044
DIMENSÃO EMOCIONAL	52.5	13.5	42	10	35.5	4	11	49	10.556	.014
DIMENSÃO COMPORTAMENTAL	56.5	13.75	45.5	7.75	45	9	69.5	11.5	11.200	.011
SCORE TOTAL	141.5	28.25	115.5	13.5	103	16	149	30.25	11.978	.007

U – Estatística U do teste de Kruskal-Wallis

p - Valor de significância

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A preencher pelo enfermeiro

Data de aplicação: _/_/_

Idade:

Género:

☐

Masculino

☐

Feminino

Motivo de internamento:

APÊNDICE III - ESTUDO DE CASO: A HISTÓRIA DE T.M.

*Cada **criança** nasce numa circunstância que, desde sempre e para sempre, não foi nem jamais será repetida. Numa circunstância **ÚNICA**.*

Dr. João dos Santos

COLHEITA DE DADOS

O processo de Enfermagem tem como fundamento a sistematização dos cuidados, proporcionando condições para oferecer assistência individualizada à pessoa, família e comunidade, que vêm as suas necessidades atendidas, gerando resultados positivos. Corresponde a um processo dinâmico, constituído por cinco fases inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. (Souza, *et al*, n.d). A fase inicial, conhecida como a colheita de dados, pressupõe o levantamento de dados objetivos e subjetivos com o propósito de obter informações pertinentes acerca da pessoa/cliente (Kenny, 1990, cit por Souza, *et al*, n.d). A colheita é fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, uma vez que todas as decisões diagnósticas e intervenções de enfermagem, são baseadas nas informações obtidas neste momento (Alfaro-Lefevre, 1994 cit por Souza, *et al*, n.d). Uma colheita de dados completa e exaustiva é fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem, constituindo o alicerce para as etapas seguintes. O instrumento de colheita de dados em Enfermagem não deve ser redutor nem tão pouco idêntico para todas as situações.

2.1 ANAMENESE

2.1.1. História de vida pessoal:

Identificação

- ✓ Nome: T.M.; Idade: 10 anos e 6 meses; Data de Nascimento: 12 Junho 2004; Género: Masculino; Profissão: Estudante repetente do 4º ano.

T.M é filho único em comum dos seus pais. Tem uma meia irmã de 14 anos, B.M, do lado paterno e um meio-irmão de 14 anos, L.C, do lado materno.

Período peri-natal:

Filho de uma gravidez desejada mas não planeada. Segundo filho, de duas gestações. Gravidez vigiada a partir do segundo mês. Parto eutócito, de 39 semanas e quatro dias. A mãe refere que aos 5 meses, apresentou descolamento da placenta, pelo que cumpriu repouso até ao final do tempo de gestação. Sem intercorrências durante o parto. Período de amamentação durante o primeiro mês e meio, o leite materno foi substituído por leite artificial “porque o meu leite era fraco” (sic), refere a mãe.

Primeira infância (0 aos 5 anos):

Desenvolvimento psico-motor: a mãe descreve que o T.M. nunca gatinhou, começou a dar os primeiros passos com cerca de 14 meses de idade. Não refere alterações significativas;

Linguagem: os pais não conseguem referir em que idade o T.M começou a falar. “ele palrava muito, mas não se percebia o que dizia. O discurso era muito confuso.” (sic)., refere a mãe.

Controlo dos esfíncteres no período diurno: por volta das 4 anos de idade;

Padrão de alimentação: os pais descrevem dificuldade em ingerir alimentos, a mãe descreve que “tinha que passar todos os alimentos, assim ele comia tudo. Sempre comeu muito bem, mas apenas a minha comida.” (sic);

Padrão de sono: irregular, com interrupções nocturnas constantes, choro e irritabilidade;

Socialização: relações interpessoais marcadas por conflitos constantes. A mãe descreve que o toque físico sempre foi muito difícil para o T.M. “Logo quando ele nasceu, percebi que ele era diferente. Não se podia tocar nele que ficava logo irritado e chorava muito. Os bebés acalmam-se no colo dos pais, este era ao contrário. Acalmava-se sozinho.”, refere a mãe. Dificuldades na socialização, “ele não consegue estar com outros meninos, irrita-se logo e parte logo para a agressão.” (sic). “A forma de ele brincar melhor é sozinho ou então com miúdos mais velhos que ele” (sic);

Objetos transitórios: pais negam existir brinquedo ou outro objeto revelante para o T.M.

Segunda infância (6 aos 10 anos):

Linguagem: sem alterações significativas, de acordo com os pais.

Controlo dos esfíncteres no período nocturno: aos 7/8 anos de idade.

Padrão de alimentação: mantém dificuldade na alimentação. “só come a minha comida e tem de ser toda passada. Ele não gosta da comida inteira.” (sic), refere a mãe.

Padrão de sono: menos irregular. Contudo, não consegue dormir no seu quarto sozinho. Há cerca de uns meses, que os pais colocaram a sua cama no quarto do irmão.

Socialização: cada vez mais com dificuldades de socialização. Dificuldades na integração na escola e em brincar com os seus pares, por comportamento impulsivo e explosivo. Relação conflituosa com o meio-irmão “ele está sempre a testar os limites com o irmão,” (sic), descreve o pai. O pai revela também dificuldade nas relações estabelecidas com os pais “eu não posso estar a falar com a minha mulher ou vice-versa, que ele não deixa. Mete-se nas conversas, parece que quer chamar a atenção. Não consigo ter uma conversa particular com a mãe dele.” (sic) Por sua vez, a mãe acrescenta “às vezes vou sair com ele e com as minhas amigas e ele não admite que eu mantenha uma conversa com elas, está sempre a meter-se.” (sic).

2.1.5 História de vida atual:

✓ Variáveis biológicas

IMC: 33,1 – Obesidade grau I

Tensão arterial: 102/79 mmHg

FC: 89 bpm

Temp: 36,7 °C

Exame Físico

Pele e mucosas: pele e mucosas íntegras, rosadas e hidratadas. Ao toque, pele quente. Sem alterações da cor/pigmentação.

Estruturas acessórias: unhas cortadas, limpas e rosadas. Cabelo curto, de cor castanha, arranjado, limpo e penteado.

Cabeça e pescoço: simétricos.

Olhos: olhos simétricos, conjuntiva sem alterações. Sem alterações da acuidade visual.

Ouvidos/Pavilhão auricular: simétricos. Sem alterações da acuidade auditiva.

Sistema respiratório

Respiração: predominantemente respiração toraco-abdominal. Superficial. Eupneico, com 12 ciclos respiratórios por minuto. Nariz simétrico.

Torác: Simétrico. movimentos respiratórios regulares.

Sistema cardiovascular

Frequência cardíaca/Ritmo: 89 batimentos por minuto. Pulso cheio e rítmico.

Sistema gastro-intestinal

Boca e Orofaringe: mucosas hidratadas, húmidas. Língua hidratada. Dentes limpos e cuidados.

Abdómen: pele sem alterações da pigmentação. Simétrico. Presença de gordura abdominal.

Padrão de eliminação intestinal regular. Controlo dos esfíncteres.

Sistema genito-urinário

Sem alterações do sistema genito-urinário. Controlo dos esfíncteres. Padrão de eliminação vesical mantido. Urina várias vezes durante o dia.

Sistema musculo-esquelético e neurológico

Coluna Vertebral: postura ereta e linear.

Membros: quatro membros simétricos, sem alterações.

Músculos: tônus muscular mantido.

✓ Variáveis psicológicas

Exame do Estado Mental

Estado de consciência/Orientação: vigil, orientado no tempo, espaço e pessoa (auto e alopsiquicamente).

Aparência: aspeto limpo e cuidado. Idade corresponde à real. Veste roupa própria, congruente com a estação do ano. Roupa prática, veste fato de treino.

Comportamento e Atitude perante o Enfermeiro: contato sintónico, períodos de inquietação. Na grande maioria das vezes, apresenta comportamento desajustado com os seus pares, desafiador e provocador. Baixa tolerância à frustração. Necessário mediar com frequência as relações que estabelece com os seus pares. Postura mais desafiadora com enfermeiros do género feminino.

Atenção/Concentração: atenção captável mas nem sempre fixável. Períodos de distratibilidade.

Memória: sem alterações grosseiras da memória imediata, recente ou remota.

Discurso: discurso varia entre hipofónico e altissonante. Sem alterações do ritmo. Quando contrariado, demonstra discurso mais infantilizado. Espontâneo. Sem alterações sintático-semânticas.

Humor e afetos: humor instável, períodos em que apresenta humor eutímico, alterna com disforia e irritabilidade. Apresenta humor irritável durante as relações que estabelece com os seus pares. Afetos ressonantes e congruentes com o humor. Ressoância afetiva presente com os pais e familiares significativos. Afetos, por vezes frios, com os seus pares. Fáceis por vezes zangado, tenso.

Sensopercepção: sem alterações perceptivas.

Pensamento: pensamento formalmente organizado. Não se apuram alterações quanto ao fluxo e conteúdo do pensamento.

Inteligência: Sem alterações.

Juízo Crítico/Insight: Compreende as consequências dos seus atos e reconhece as suas dificuldades atuais. Descreve o motivo de internamento “estou cá porque bato nos outros meninos na escola.” (sic) Compreende a necessidade de internamento, tomando em consideração a situação de crise que vivencia.

Na entrevista com os pais, ambos reconhecem a dificuldade do filho T.M., bem como a necessidade de internamento “nestas últimas semanas, estava impossível, muito irritado, fazia birras com muita frequência e na escola é um problema com os colegas” (sic), descreve o pai.

Ideação suicida: não se apurou ideação suicida.

Auto-regulação

Uma adaptação bem sucedida está diretamente relacionada com as capacidades que um indivíduo tem para regular as suas emoções, regular e redirecionar os seus comportamentos, pensar construtivamente e modificar os seus contextos com vista a alterar ou diminuir agentes stressores (Zimmer-Gembeck, Skinner, 2011 citado por Dias, Castillo, Moilanen, 2014). As capacidades de auto-regulação desempenham um papel importantíssimo no funcionamento humano, resiliência e no sentimento de bem estar físico e psicológico (Elliot, Thrash, Murayama, 2011, Dias, Castillo, Moilanen, 2014).) Um dos fatores que podem contribuir para a prevenção de comportamentos e/ou resultados associados a comportamentos de risco é exatamente uma boa capacidade de auto-regulação (Moilanen, 2007).

A dificuldade em regular as emoções, significa uma maior predisposição para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (Vasilev, Crowell, Beauchaine, Mead, Gatzke-Kopp, 2009). No seguimento, este défice estará relacionado com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, Dias, 2010), e os indivíduos tornam-se mais vulneráveis a problemas de

internalização e externalização (Garnefski, *et al*, 2005, citado por Neumann, Lier, Gratz, Koot, 2010).

Tomando em consideração o tema do projeto e a correlação entre os fenómenos de agressividade e dificuldade de auto-regulação, aplicou-se o inventário de auto-regulação. Os resultados obtidos vão de encontro com o descrito na bibliografia, sendo notório dificuldades atuais nas dimensões comportamental, emocional e cognitiva. Da pontuação máxima possível de 215, o T.M obteve 93, sendo, à semelhança de outros jovens com comportamentos agressivos, um dos clientes com pontuações mais baixas.

História Psiquiátrica

Antecedentes Psiquiátricos: o T.M. nunca esteve internado num Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Foi seguido dos 3 aos 7 anos de idade, noutro Hospital do Centro Hospitalar de Lisboa Central, na consulta de desenvolvimento, por inquietação, irritabilidade fácil e dificuldades no padrão de sono. Aos 7 anos foi encaminhado para a Clínica da Encarnação onde é seguido, por Enfermeiro e Pedopsiquiatra, terapia individual, por manter alterações do comportamento, agressividade marcada e muito expressa.

Motivo de recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital:

Informação colhida no processo clínico: Trata-se de um internamento programado, a pedido do médico assistente que o acompanha na Clínica da Encarnação. Tem apresentado progressivamente, alterações do comportamento, marcadas por irritabilidade crescente, agressividade dirigida aos pares e pais. Apresenta como diagnóstico médico à entrada: perturbação disruptiva do humor.

Na perspetiva do cliente – T.M: “bato nos outros meninos lá na escola e irrito-me, porque isso estou cá internado.” “sou mau” (sic).

Na perspetiva dos pais: na entrevista familiar realizada, os pais referem que tem havido uma escalada de comportamentos agressivos, com uma piora significativa nestas últimas semanas que antecederam à data de internamento. Referem igualmente, irritabilidade marcada, com “birras” frequentes.

Data e regime de internamento: Deu entrada no Serviço de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência no dia 19 de Novembro de 2014. Internamento voluntariamente. Teve alta clínica, encaminhado para o seu médico assistente e enfermeiro de referência, no dia 23 de Dezembro 2014.

Quadro 1 - Esquema Terapêutico (última atualização) – Internamento

FÁRMACO	PEQUENO-ALMOÇO	ALMOÇO	JANTAR
Clorpromazina 25mg	x	x	x
Carbonato de Lítio 400mg	½ comprimido		x
Valproato de Sódio 250mg	x		
Valproato de Sódio 500mg			x
Clonidina 0,15mg	x		x
Paliperidona 6mg	x		

✓ Variáveis socioculturais

Nacionalidade: portuguesa.

Profissão: estudante.

Percurso escolar: percurso escolar pautado por conflitos interpessoais constantes, com dificuldade na integração na escola. Apresentou sucesso escolar até 3º ano. Este ano lectivo, é repetente do 4º ano. Por dificuldades na integração, mudou uma vez de escola, no ano letivo transato.

Zona onde vive/ descrição da casa: vive com a mãe, pai e meio irmão mais velho de 14 anos. Casa própria dos pais, com saneamento básico. Apartamento T3, na zona de Benavente. Tem quarto próprio, contudo há largos meses que não dorme no seu quarto “ele não consegue dormir sozinho, colocámos a sua cama no quarto do irmão e neste momento dividem o seu quarto.” (sic) “o quarto dele acabou por ser transformado num quarto de brincar.” (sic), acrescenta o pai, ao longo da entrevista.

FATORES DAS RELAÇÕES INTER-PESSOAIS

Relação com os amigos, outras pessoas conhecidas e com a sua família: tanto o pai como a mãe do T.M, refere que desde cedo que tem dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais. Os pais não reconhecem nenhum “melhor amigo”. De acordo com os pais, o T.M tem um relacionamento mais próximo, mas ainda assim conflituoso com um menino de 12 anos, seu vizinho. Os pais não aceitam essa aproximação e justificam “ele não é boa companhia para o T.M. Quando se juntam, ainda é pior, já não basta os problemas que o nosso filho tem, quando está como o outro, piora.” (sic). Relacionamento conflituoso mas forte com os pais, embora a mãe descreva que o T.M tem uma relação “próxima” com a mesma : “sou confidente dele, ele conta-me muitas coisas. A relação dele com o pai é diferente, é mais para pedir coisas materiais.” (sic). Relação igualmente disfuncional com o meio irmão. Todavia, os pais desvalorizam esses conflitos “são conflitos normais entre crianças. O T.M é irrequieto e chateia o irmão e depois andam à porrada. Mas penso que é normal. O T.M está sempre a ver até onde pode ir.” (sic), descreve o pai.

Tem relação próxima com a avó paterna, que vive próximo do T.M. Sem qualquer ligação com meia-irmã (parte do pai), de 14 anos que vive nos Estados Unidos da América.

História familiar

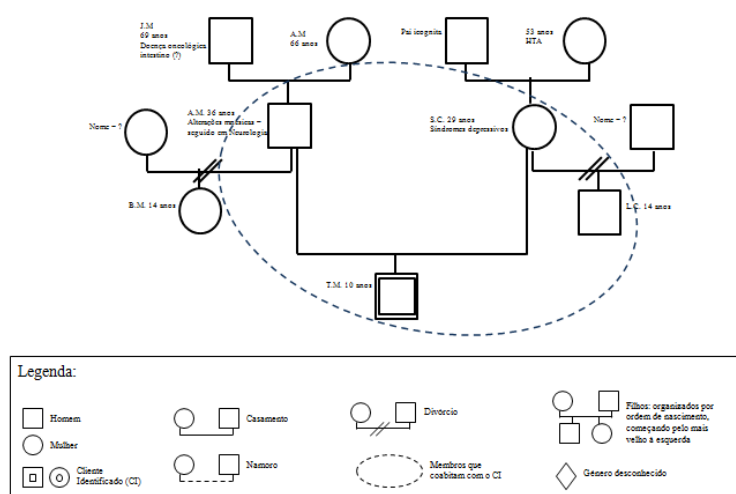
Antecedentes Familiares médico-cirúrgicos e psiquiátricos: Pai do T.M. (36 anos) está atualmente a ser seguido em consulta de Neurologia, por queixas de alterações mnésicas inespecíficas. Não foi possível obter mais informações acerca deste seguimento; Tias e tios paternos com história de neoplasias, da mama e pulmão, já falecidos. Avô paterno com história de doença crónica, mas que o pai do T.M. não sabe especificar “o meu pai esconde a doença dele, eu sei que vêm medicamentos de fora, de Espanha e que às vezes tem de fazer aquele exame....[colonoscopia]. Acho que deve ser cancro, mas ele nunca diz o que é.” (sic). O pai nega história de antecedentes psiquiátricos relevantes na família. Na entrevista familiar, surge alguns sinais personalidade pré-mórbida do pai do T.M.: “eu sou nervoso, sempre fui.

Tenho problemas de ansiedade. E depois sou mãos largas, gasto e perco dinheiro sem me dar conta. Faço gastos excessivos.” (sic).

Quanto aos antecedentes familiares do lado materno, a mãe S.C, refere que não existem antecedentes médicos relevantes, à exceção da sua mãe, avó do T.M., que apresenta como diagnóstico hipertensão arterial primária. Quanto à existência de antecedentes psiquiátricos, a mãe (29 anos) do T.M., refere que desde muito cedo (não sabe especificar concretamente a data) que apresenta sintomas depressivos. Antes da segunda gestação, do T.M, abandonou por completo a medicação. Faz referência a depressão pós-parto, mas que nunca terá sido realizado um diagnóstico formal. “eu sei que tive depressão pós-parto quando o T.M. nasceu.” (sic). Desde o nascimento do T.M, foi pontualmente observada e acompanhada por psiquiatra que terá medicado com anti-depressivos. Contudo, não terá realizado acompanhamento regular. Fraca adesão à terapêutica, refere que quando se sente pior, auto-medica-se com Prozac® 20mg [Fluoxetina]. Apresenta crenças em relação à terapêutica, que parecem prejudicar a sua adesão ao regime terapêutico “eu quando ando pior, tomo medicação por minha iniciativa. Mas já sabe como é que é, quando mais tomamos, mais o nosso corpo se habitua à medicação. Depois tomamos altas doses que já não fazem nada.” (sic).

Representações gráficas – Estrutura familiar:

Figura 1 – Genograma

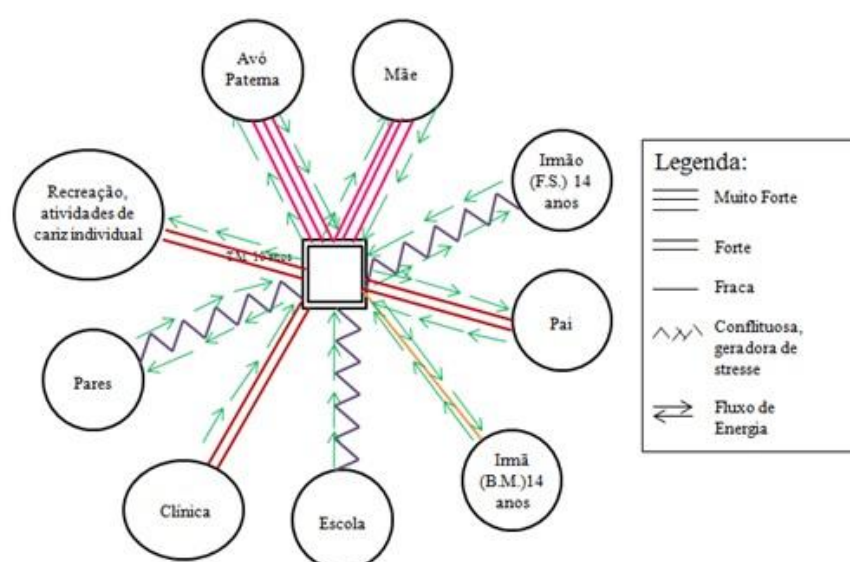


Conhecer a estrutura da família, a forma como os seus elementos se organizam e interagem entre si e com o ambiente, bem como os seus problemas de saúde, as situações de risco, padrões de vulnerabilidade afigura-se como um processo vital para o planeamento dos cuidados de saúde à família (Mello, Vieira, Simpionato, Biasoli-Alves, Nascimento, 2005).

O genograma, igualmente conhecido como a árvore da família, é utilizada como técnica de avaliação clínica das famílias. O desenvolvimento do genograma envolve um processo complexo, no qual a entrevista é uma parte importantíssima para a recolha de dados. A comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e a família, pode ser entendida como um processo que envolve interação social, que permite recuperar memórias, fornecer de informações demográficas, de posição funcional, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica familiar (Mello, et al, 2005).

A aplicação do genograma em saúde da família permite uma visualização do processo de adoecer, facilitando o plano terapêutico e, à família, uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças. Analisando o genograma, pode-se ter uma visão histórica de como a família enfrenta os acontecimentos críticos e, particularmente, as mudanças no ciclo de vida (Mello, et al, 2005).

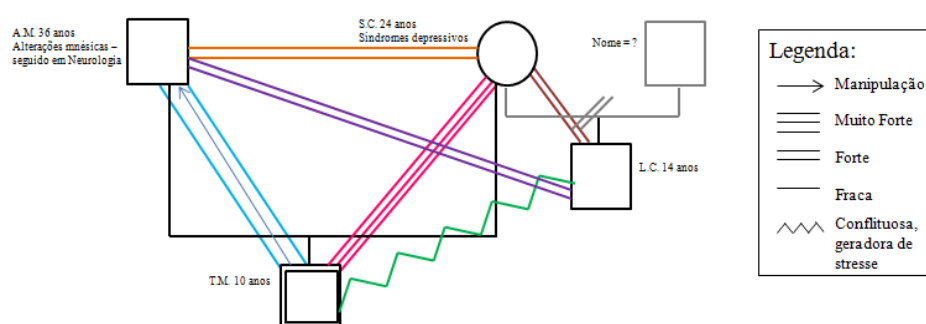
Figura 2 – Representação de Ecomapa



O ecomapa corresponde ao diagrama das relações entre a família e a comunidade, ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Deve conter os contatos do indivíduo com as pessoas significativas, instituições ou grupos. Nesta representação, compreende-se a ausência ou presença de recursos sociais, culturais e económicos, de um determinado momento do ciclo vital da família/cliente. De ressaltar que esta representação ganha sentido, tendo em conta o referencial temporal do momento, tratando-se portanto de um processo dinâmico. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade necessita maior investimento da enfermagem em intervenções que assistam na procura de novas conexões ou estabilizações de relações prévias (Lima, Nascimento, Rocha, 2002).

Nesta representação, fica, mais uma vez, patente a dificuldade atual do T.M no estabelecimento das relações inter-pessoais. Os pais referem que a maior dificuldade dá-se aquando do estabelecimento de relações com indivíduos que tenham uma idade próxima à do T.M, pelo que é perçetível, através da representação do ecomapa, as relações conflituosas que apresenta na escola, com o seu irmão e com os seus pares.

Figura 3 – Psicofigura de Mitchell



Caeiro (1991), faz referência à psicofigura de Mitchell como um instrumento útil para avaliar a dimensão desenvolvimental da família, através da representação das relações inter-familiares, tal qual percecionadas pelos membros da mesma. Concretamente neste caso, existe uma incongruência que deve ser debatida e posta à consideração: na entrevista familiar, os pais descrevem que o T.M. tem uma

relação “normal” com o seu irmão, “andam à porrada, mas são coisas entre irmãos. Eu acho que é normal na idade deles.” (sic), acrescenta o pai. Contudo, quando lhes é pedido para representarem a relação, afiguram-na como conflituosa e geradora de stresse para o T.M., ao passo que, embora descrevam a relação entre eles com o filho como igualmente conflituosa, representam-na com ligações muito fortes e fortes.

Da perceção global dos pais, o T.M. apresenta uma relação forte com os pais, embora com um grau ligeiramente diferente na relação estabelecida com a mãe e pai. De salientar que o pai descreve “ele é mais agarrado à mãe, ele também gosta de sair comigo, mas é para me pedir coisas.” (sic). “quando ele quer coisas, porta-se bem comigo, ele sabe dar-me a volta. E eu sou uns mãos largas, gasto dinheiro sem pensar...” (sic).

A avaliação familiar realizada, com recurso à psicofigura de Mitchell, mostrou-se sob várias perspetivas importante. A relação percecionada entre pai-filho, aponta para um vínculo provavelmente disfuncional, merecedor de avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental.

PROCESSO DE TRANSIÇÃO – TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

A enfermagem tem como objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos que requeiram novas adaptações. A transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas a essa transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2007).

Gerir e prevenir comportamentos agressivos na criança e adolescentes com doença mental, representa um desafio constante para os enfermeiros, ao lideram com clientes a vivenciarem processos de transição, nomeadamente no que diz respeito a desenvolver intervenções apropriadas às necessidades do estado de saúde desses clientes. De acordo com Meleis et al. (2007), os enfermeiros podem influenciar processos de transição, se o cerne da sua prática for a pessoa e as suas necessidades reais. No seguimento, Petronilho (2007) assume como papel central

do enfermeiro, entender o processo de transição e planejar intervenções que prestam ajuda às pessoas, com vista à estabilidade e sensação de bem estar.

Quadro 2- Natureza das transições

TIPO DE TRANSIÇÃO	PADRÕES	PROPRIEDADES
<u>Saúde-Doença:</u> escalada de comportamentos agressivos, com marcada disfuncionalidade no estabelecimento de relações interpessoais.	<u>Simultânea:</u> as transições estão a ocorrer em simultâneo.	<u>Empenho:</u> progressivamente mais envolvido no processo terapêutico, demonstra vontade e maior empenho na resolução de problemas. <u>Consciencialização:</u> ainda pouco atento aos seus estados emocionais e à transição desenvolvimental que ocorre, procura pouco os profissionais para recolher informação e clarificar dúvidas;
<u>Situacional:</u> internamento.	-	<u>Mudança:</u> os pais não reconhecem num evento crítico que seja importante considerar e que possa ser explicativo para o progressivo aumento das alterações do comportamento do T.M. O próprio T.M., também não consegue associar nenhum acontecimento particular. <u>Espaço temporal:</u> alterações do comportamento desde os três anos de idade, com pioria significativa nas últimas semanas prévias ao internamento. <u>Pontos críticos:</u> progressivamente maior envolvimento no processo terapêutico, com maior consciência da situação saúde-doença.
<u>Desenvolvimental:</u> passagem da infância para a adolescência	-	

Quadro 3 - Condições da transição

-	FATORES FACILITADORES	FATORES INIBIDORES
PESSOAIS	Apresenta crítica para o psicopatológico;	Impulsividade marcada, baixa tolerância à frustração;
COMUNIDADE	Articulação com Clínica da Encarnação e Equipa Pedopsiquiatria; Articulação com Externato que acolhe crianças e adolescentes com perturbações do comportamento.	Escola atual com poucos recursos especializados para o problema de saúde do T.M.; Crenças mãe em relação à terapêutica;
SOCIEDADE	-	Estigma associado doença mental;

Quadro 4 - Padrões de resposta face à transição

INDICADORES DE PROCESSO	<p><u>Sentir-se ligado</u>: ligação com o exterior, são permitidas visitas dos pais num período alargado; recebe e pede para realizar chamadas para os pais; Ligação mais efetiva com enfermeiros do género masculino.</p> <p><u>Interagir</u>: dificuldade em interagir com o grupo de pares. Necessita a maior das vezes que as relações sejam mediadas pelo enfermeiro.</p> <p><u>Desenvolver confiança e coping</u>: vide Plano de Cuidados – Diagnóstico <i>Coping</i> comprometido, intervenções de enfermagem e avaliações efetuadas.</p>
INDICADORES DE RESPOSTA	<p>Aceita terapêutica prescrita;</p> <p>Progressivamente maior envolvimento nas atividades terapêuticas de grupo – contudo a necessitar de mediação constante por parte do enfermeiros nas interações que estabelece com os seus pares; Procura o quarto dos colchões em situações de maior tensão/frustração;</p>

Avaliação e discussão - teoria de médio alcance de Afaf Meleis

Apresentada a fundamentação teórica e explanadas as três dimensões, faz agora sentido discuti-las e compreender os fenômenos de transição presentes, no cliente T.M.

No que concerne à natureza das transições, de saúde-doença, verifica-se uma diminuição considerável quanto à funcionalidade do T.M. A escalada de comportamentos agressivos, inviabilizaram por completo o estabelecimento de relação interpessoais. A presença de comportamentos agressivos e violentos podem prejudicar a habilidade de formar relações funcionais saudáveis. À medida que as crianças com estes comportamento transitam para a fase da adolescência, apresentam maior risco de apresentarem sintomas de ansiedade, depressão e comportamento suicida (Liu, Lewis, Evans, 2013).

A vivência de uma situação de internamento pode ser considerada como uma transição situacional. O T.M., apresenta acompanhamento anterior, em regime de ambulatório. Em situação de crise, optou-se por estabilização do quadro clínico, em regime de internamento.

No caso concreto da criança e adolescente existem as próprias transições do ponto de vista desenvolvimental (Liu et al., 2013), que concorrem para o que define Meleis, a possibilidade de ocorrerem múltiplas transições num dado período de tempo.

Relativamente às condições da transição de ordem pessoal, destacamos como fatores facilitadores a presença de crítica e *insight* que o T.M apresenta. O *insight* é, sem dúvida, um fenómeno complexo e multidimensional. Na última década, os investigadores aumentaram a sua atenção perante este fenómeno, ajudando a clarificar a sua correlação com a presença de doença mental (Cardoso, 2008). “Um não reconhecimento persistente e grave da doença pode transtornar não apenas a relação da pessoa afectada com aqueles que ama e com profissionais de saúde mental, como também as suas oportunidades de recuperarem e levarem vidas mais satisfatórias e produtivas.” (Cardoso, 2008).

Entende-se, portanto, que o fato do T.M. apresentar juízo crítico e *insight* em relação às suas dificuldades atuais, representam fatores protetores e facilitadores no processo de transição.

Quanto aos fatores inibidores, a impulsividade marcada e a baixa tolerância à frustração produzem efeitos negativos no processo de transição e dificultam a possibilidade de recuperação de bem estar mental e redução do sofrimento psíquico.

No que diz respeito às condições de transição da comunidade e sociedade, a articulação permanente com a Clínica da Encarnação e a equipa do Serviço de Internamento do Hospital Dona Estefânia contribuem para o sucesso terapêutico do T.M. Mais se acrescenta que o enfermeiro que realiza acompanhamento em regime ambulatorio, presta cuidados igualmente na Unidade de Internamento. Pode, no meu ponto de vista, contribuir para que o espaço de internamento seja menos constrangedor. Para além disso, o fato das equipas se manterem em constante articulação, facilita a passagem de informação e troca de opiniões clínicas que ajudam no processo de transição situacional – internamento para o regime ambulatorio.

O processo de cuidar do cliente não cessa aquando da alta hospitalar. É urgente sensibilizar as equipas multidisciplinares para a necessidade de articulação entre os cuidados prestados em regime hospitalar com os prestados em ambulatorio, na garantia de diminuir substancialmente o fosso existente entre as duas realidades. Augusto (2002) destaca que muitos clientes, aquando da alta hospitalar, encontram-se mais fragilizados e dependentes do que na altura da admissão, não havendo em muitos casos, uma correta planificação e trabalho de *background* que permita a reintegração familiar e social. Particularmente o processo de articulação entre as equipas assume grande relevância, uma vez que traduz ganhos significativos para a saúde: a continuidade dos cuidados diminui o número de re-internamentos e conseqüentemente as despesas relativas aos cuidados. (Chuang, Shwu-Chong, Sandra, YU-Hui, Chen-Long, 2005).

O fato da escola atual apresentar poucos recursos especializados que vão de encontro às necessidades de saúde do T.M., constitui um fator inibidor do processo de transição. Todavia, a equipa multidisciplinar do Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria, esteve atenta a esta variável importante e procurou soluções neste âmbito. Foi discutido com os pais a possibilidade do T.M. ingressar num Extrenato que recebe frequentemente crianças e adolescentes com problemas de conduta. Os pais, embora apreensivos, aceitaram o recurso da comunidade. O T.M. será inserido neste Extrenato, ainda no decorrer deste ano letivo.

É largamente reconhecido, as crenças e esteriótipos existentes em torno da doença mental. Ao longo dos anos, as pessoas com patologia mental eram consideradas como loucas, aberrações da natureza ou seres possuídos por entidades demoníacas, em que o seu tratamento passava pelo isolamento total da restante sociedade. Felizmente, ao passo que a investigação científica evoluiu, também a perspetiva e olhar sobre estes doentes melhorou. No entanto, crenças e representação menos positivas continuam a estar ligadas a este tipo de clientes, o relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), de 2007, documento de inegável valor, refere mesmo que “os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde” (p. 12), indiciando o modo negativo como a sociedade vê os doentes mentais.

No caso particular do T.M., acrescenta-se o fato da própria mãe apresentar crenças em torno da doença mental e seu tratamento. Apesar de se ter realizado pesquisa bibliográfica, não se encontrou nenhum documento que referisse especificamente as crenças relacionadas com o tratamento médico, nomeadamente psicofarmacologia. Durante as entrevistas, a mãe do T.M., demonstrou-se desesperançada com o regime terapêutico “a medicação só lhe faz efeito durante dois ou três dias, depois ele começa-se a habituar e aquilo já não lhe faz nada.” (sic). A mesma, reporta-se para a sua experiência pessoal “eu já tomei medicação, mas já se sabe como é que é. Começa-se por tomar um comprimido, depois já são dois, e cada vez mais. Às tantas, já estamos a tomar uma mão cheia de medicamentos e depois já não fazem nada. Só criam habituação.” (sic).

Por último, apresentam-se os padrões de resposta face às transições, o terceiro domínio da Teoria das Transições. A necessidade de sentir-se ligado, a pessoas significativas e aos profissionais de saúde, aos quais o cliente pode fazer questões e esclarecer dúvidas são um indicador de uma experiência positiva. O T.M., mostra-se próximo dos pais, contudo utiliza pouco o enfermeiro para retirar dúvidas quanto aos seus processos de transição. Em situações em que apresenta dificuldade, tem demonstrado que recorre pouco à estratégia de pedir ajuda, na resolução de problemas (Meleis, 2007). De acordo com a mesma autora, o estabelecimento de interações também representa um excelente indicador de experiência positiva de transição. Como tem sido abordado, o T.M. apresenta

melhorias significativas no que diz respeito ao estabelecimento de relações interpessoais, contudo é importante não esquecer que foi exatamente essa dificuldade que motivou o seu internamento no serviço. Estamos perante um pré-adolescente que apresenta estratégias de *coping* ineficazes, imbuídas numa impulsividade marcada do comportamento, com grande dificuldade em gerir a frustração.

Por norma, os indicadores de resultado não se verificam na fase inicial da transição, pelo que, muitas vezes, as respostas obtidas estão relacionadas com os indicadores do processo. O que se tem verificado é que os padrões de resposta do T.M têm progressivamente vindo a ser alterados e que, em situações de maior tensão, procura um espaço contendor, onde, juntamente com o enfermeiro, possa dar significado às suas emoções e pensamentos decorrentes.

PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Comportamento agressivo presente	Comportamento agressivo ausente	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Avaliar a predição e risco de agressividade, utilizando a <i>Brøset Violence Checklist</i> – 1x/turno, conforme protocolado no serviço de internamento; ↪ Estabelecer uma relação empática e de confiança com o T.M., através de contatos constantes, para que este se sinta confortável para falar; ↪ Transmitir uma atitude de aceitação, não fazendo juízos de valor, no sentido de garantir que este compreende que é o <i>comportamento</i> que é inaceitável e não ele próprio enquanto <i>pessoa</i>; ↪ Identificar com o T.M. a etiologia para os comportamentos agressivos, isto é, os fatores precipitantes que geram esse tipo de comportamentos; ↪ Identificar com o T.M. estratégias a 	<p>Foi avaliada a predição do risco de agressividade, <i>vide</i> apêndice 1. Apresentam-se os resultados referentes ao dia 23, 26, 27 de Novembro e ao dia 4 de Dezembro, uma vez que foram os dias em que o T.M. apresentou agressividade expressa, física e verbal.</p> <p>O T.M apresenta dificuldade em compreender que o inaceitável é o seu comportamento e não ele próprio. Revela auto-estima diminuída.</p> <p>Em situações de agressividade expressa, o T.M. foi conduzido para o quarto de contenção ambiental – quarto dos colchões. Recorreu-se a técnicas de <i>de-escalation</i>, exploração significado do comportamento agressivo. (refere sentir raiva, irritabilidade, especialmente na relação que estabelece com outro jovem internado. Promoveu-se espaço catártico.</p> <p>Recorreu-se a contenção química, mas menos</p>

		<p>implementar quando apresenta comportamentos agressivos;</p> <p>↳ Gerir contenção ambiental [quarto dos colchões] e contenção física, em casos de agressividade (auto e hetero) expressa;</p> <p>↳ Promover espaço cartártico;</p> <p>↳ Encorajar o T.M. a expressar os seus sentimentos e pensamentos;</p> <p>↳ Realização uma avaliação junto do T.M. em relação ao episódio de agressividade e facilitar procura de significados para esses acontecimentos;</p> <p>↳ Gerir contenção química/administrar – SOS – Cloropromazina 25mg, via <i>Per Os</i>.</p>	<p>frequentemente.</p> <p>São utilizadas estratégias, como mediação das relações, através do jogo [mais significativo as cartas e Lego®] – tanto com os pares como com a família.</p> <p>Participou em atividades terapêuticas: com destaque para sessões de relaxamento. Dia 13 de Dezembro consegue apontar os aspetos positivos e negativos do seu comportamento.</p> <p>Das 4 sessões de relaxamento realizadas, em 3 delas consegue relaxar e adormecer.</p> <p>A partir do dia 10 Dezembro, tem apresentado contato mais ajustado com os pares e não há registo de episódios de agressividade expressa ou latente.</p>
Auto-estima diminuída	Auto-estima melhorada	<p>↳ Disponibilizar tempo para estar com o T.M.;</p> <p>↳ Identificar fatores relacionados com a baixa de autoestima (ex. solicitar ao T.M. para verbalizar um aspeto menos positivo em si e por cada um deles verbalizar</p>	<p>Os pais referem que o T.M. por vezes é gozado pelos colegas, na escola. O T.M. verbaliza “sou um menino mau, bato nos outros.” (sic).Promovidas intervenções de cariz individual e realizada intervenção – escutar a criança. O mesmo pede alguns momentos individuais com o enfermeiro. Nos turnos em</p>

		<p>igualmente aspetos positivos, incentivando desta forma à expressão de sentimentos sobre a própria);</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Demonstrar atitude de aceitação relativamente ao T.M., por forma a reforçar sentimentos de valorização pessoal; ↳ Encorajar o T.M. a expressar os seus sentimentos, especialmente sobre a forma como pensa e se vê a si própria; ↳ Incentivar verbalização das crenças sobre si próprio; ↳ Incentivar o T.M. a centrar-se naquilo que já superou e alcançou (progresso realizado no internamento, melhoria do controlo de impulsos, por exemplo.) ↳ Oferecer reforço positivo sobre as suas capacidades (ex. capacidade de estar em relação com adultos, com os pais, capacidade de realizar as atividades de vida diárias de forma autónoma); ↳ Incentivar e atribuir responsabilidades: cuidar da sua unidade, participar no 	<p>que o T.M., apresentou comportamento ajustado, foi oferecido reforço positivo, nas relações estabelecidas com os pares e também com os familiares.</p> <p>Incentivado a realizar as suas AVD's, é autónomo, promovido valorização deste aspeto. No dia 13 de Dezembro, inicia visitas no exterior do internamento, acompanhado pelos pais. Sem intercorrências de maior, foi reforçado junto dos pais e do T.M., o seu empenho e comportamento ajustado.</p>
--	--	--	---

		<p>planeamento e realização de atividades terapêuticas no serviço;</p> <p>↳ Avaliar periodicamente a evolução da opinião da cliente, sobre si própria;</p>	
<p><i>Coping</i> Comprometido</p>	<p><i>Coping</i> efetivo / melhorado</p>	<p>↳ Identificar com T.M. estratégias adaptativas que este utiliza perante situações de crise e explorar, com o mesmo, opções mais ajustadas, podendo oferecer sugestões, evitando, contudo, dar a solução do/para o problema;</p> <p>↳ Incentivar à expressão de sentimentos e emoções em momentos de crise e identificar quais as repercussões dos mesmos nos comportamentos do T.M.;</p> <p>↳ Identificar com o T.M. as consequências dos seus comportamentos, incentivando-o a abster-se de tentar atribuir essas mesmas consequências às ações de outros;</p> <p>↳ Oferecer reconhecimento e reforço positivos pelos progressos alcançados (ex. adoção de estratégias adaptativas mais ajustadas);</p>	<p>Nos momentos de crise, o T.M. foi conduzido ao quarto denominado de “quarto dos colchões” e foi promovido espaço catártico. Em momentos de maior frustração, o T.M., tem vindo progressivamente a procurar apoio nos profissionais de saúde. Nestas situações, é negociado com o T.M., a realização de atividades de cariz individual (escolhidos pelo mesmo), em detrimento de atividades de grupo. Apresenta crítica para o psicopatológico, nomeadamente para as alterações do comportamento e identifica algumas consequências a curto prazo do seu comportamento. Embora, compreenda a necessidade de contenção ambiental, por vezes associa a formas de punição. “agora portei-me mal e vou para o quarto de castigo.”</p>

<p>Processo familiar comprometido</p>	<p>Processo familiar efetivo / melhorado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Estabelecer uma relação de confiança com o T.M, através de contatos constantes, para que este se sinta confortável para conversar; ↳ Avaliar a qualidade das relações familiares (Psicofigura de Mitchell), de forma a compreender a dinâmica familiar e como os membros atuam tanto enquanto indivíduos como enquanto unidade familiar; ↳ Promover envolvimento familiar, de forma a estimular a interação familiar; ↳ Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos, através da criação de momentos de partilha em grupo, nos quais, através de recursos como a escrita e/ou o desenho, é permitido ao T.M. e aos membros da sua família exprimirem sentimentos e emoções face àquilo que estão a vivenciar; ↳ Mediar as visitas entre T.M. e os seus pais; 	<p>Realizada avaliação familiar – com recurso à psicofigura de Mitchell, relações conflituosas com o irmão e, por vezes com os pais.</p> <p>Foi promovida a aproximação entre o T.M. e família, nomeadamente entre pais, irmão e avó paterna. O T.M. mantém contato através de chamadas telefónicas e visitas regulares. As visitas correram globalmente bem, ressonância afetiva mantida, interações positivas.</p> <p>No início do internamento, é necessário a presença do enfermeiro durante a visita para mediar as relações familiares, o T.M. demonstra alguma irritabilidade e pede, numa das visitas, para a mãe sair. Com intervenção do enfermeiro, a situação de tensão dilui-se e mantém-se a visita.</p> <p>No dia 13 de Dezembro, promove-se a primeira visita, no exterior do serviço de internamento. Não houve intercorrências importantes.</p> <p>No dia 14 de Dezembro, o T.M, volta a receber dos pais e sai do internamento, conforme combinado. Teve período de alguma irritabilidade, que os pais conseguiram conter.</p>
---------------------------------------	--	---	---

			<p>Realizada intervenção familiar, no sentido dos pais compreenderem a necessidade de colocar limites na relação e promoverem a diferenciação de papéis entre o T.M. e eles próprios.</p> <p>Pais progressivamente mais contentores e capazes de colocar limites.</p> <p>No dia 19 de Dezembro, o T.M. foi de licença de ensaio (regressou a 21 de Dezembro) – os pais referiram que o T.M. apresentou comportamento ajustado, “sem birras” (sic). O T.M. apresentou dificuldade em dormir sozinho, pelo que dormiu no quarto do irmão</p>
Risco de não adesão ao regime medicamentoso	Adesão ao regime medicamentoso efetiva	<p><u>Junto do T.M.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✎ Identificar e reforçar os efeitos positivos da terapêutica ao longo do internamento e no domicílio (ex. estabiliza o humor, diminui quadro de irritabilidade, torna o T.M mais funcional, promove noites de sono regulares tranquilas, ajuda no controlo de impulsos.) ✎ Vigiar toma da terapêutica; ✎ Providenciar estratégias facilitadoras da adesão (ex. tomar a medicação sempre à 	<p>Responsabilidade partilhada com o T.M., antes de cada toma, o pré-adolescente, em conjunto com o enfermeiro, nomeia a terapêutica a realizar e a sua indicação. O T.M., aceitou todas as tomas da terapêutica. Os momentos de administração foram vigiados pelo enfermeiro que se encontrava de serviço.</p> <p>Durante uma entrevista realizada com os pais, compreende-se que a mãe do T.M. apresenta crenças potencialmente inibidoras quanto ao regime terapêutico. A mãe do T.M crê que a</p>

		<p>mesma hora, lembrar-se dos efeitos positivos que a medicação provoca, realizar ensinios acerca da medicação que o T.M. realiza.)</p> <p><u>Junto dos pais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Avaliar a presença de crenças no T.M. e família acerca do regime terapêutico; ↪ Avaliar o motivo de cessação da terapêutica por parte da mãe; ↪ Negociar com a família a vigilância da adesão ao regime medicamentoso; <p><u>Junto da Comunidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Referenciar o T.M. para equipa comunitária – Clínica da Encarnação, no sentido de manter vigilância da condição clínica do T.M. 	<p>medicação “causa habituação e depois já não faz nada.” (sic).</p> <p>Foram explicados os benefícios da adesão ao regime terapêutico, pedindo à mãe para evidenciar aspetos positivos no comportamento do T.M., associados à toma da terapêutica. “fica mais calmo, não se irrita tanto” (sic).</p> <p>Os pais responsabilizaram-se em vigiar e gerir o regime terapêutico, no ambulatório.</p> <p>Durante a licença de ensaio, não há referência a qualquer dificuldade, neste âmbito.</p> <p>O T.M teve alta no dia 23 de Dezembro, fica com consulta médica e intervenção psicoterapêutica com Enfermeiro, marcada para dia 8 de Janeiro de 2015. Realizada carta de transferência, onde consta o regime terapêutico para realizar no ambulatório.</p>
--	--	---	---

CONCLUSÕES/DISCUSSÃO

O percurso até aqui construído pode inicialmente, e de forma rudimentar, ser perspectivado como o *términus* de mais uma etapa enquanto futura especialista em saúde mental e psiquiatria. Ao invés disso, apraz-me olhar para o mesmo, como um processo contínuo de aprendizagem e valorização, onde se destaca o desenvolvimento de competências específicas designadas ao EESMP, como o conhecimento aprofundado do cliente e sua família e concretização do processo de enfermagem, baseada nas verdadeiras necessidades do cliente e igualmente suportada em referenciais teóricos.

Optou-se, com seria expetável, em aprofundar o conhecimento acerca de um cliente cujo principal diagnóstico de enfermagem fosse – agressividade presente, por forma a desenvolver competências de especialista na área de estudo. Paulatinamente, foi possível compreender que o cliente T.M., manifesta comportamentos agressivos desde muito cedo, muito embora os mesmos se manifestem, ao longo do tempo, de diferentes formas. Ao longo deste processo, fui-me questionando acerca dos fatores causais deste comportamento e de que modo o enfermeiro especialista poderia ter uma intervenção não só no momento da crise mas também na perspetiva de intervenção precoce e preventiva. Os fenómenos de agressividade não têm obviamente um único fator causal, é preciso olhar-se para a problemática sob o ponto de vista multifatorial. No caso do T.M., a existência de sinais/sintomas psicopatológicos na família, podem predizer ou aumentar o risco destes comportamentos se perpetuarem ao longo do tempo. O próprio temperamento da criança aumenta o risco, os pais referem “ele sempre foi difícil de acalmar (...) não se acalma com o colo, como as outras crianças...” (sic).

A literatura evidencia as dificuldades inerentes aos fenómenos de agressividade e, neste caso, foi possível de forma muito viva, perceber o seu impacto nas várias dimensões do cliente. Do ponto de vista pessoal, o T.M, apresenta uma percepção negativa de si próprio, “sou um menino mau” (sic), as suas relações sociais são geradoras de stresse e são muito pouco funcionais. As relações familiares, embora descritas como positivas, traduzem sofrimento psíquico, tanto para si como para os próprios pais, irmão e família mais alargada. Durante as entrevistas realizadas à família, o cansaço e alguns sentimentos de desesperança

foram emergindo, compreendendo-se, portanto, que a intervenção familiar é urgente nestes casos.

O comportamento do T.M. durante o internamento é revelador das suas dificuldades atuais e, num contexto protegido, foram possíveis trabalhar vários aspetos com o mesmo. A abordagem realizada, teve em consideração as dimensões cognitivas, comportamentais e emocionais dos fenómenos de agressividade. Deu-se primazia a intervenções grupais, contudo em vários momentos de agressividade expressa, recorreu-se a contenção ambiental, oferecendo não só um espaço contendor mas também catártico, onde para além de se promover a expressão de sentimentos, procurou-se facilitar a atribuição de significados à própria expressão da agressividade.

Ao longo dos momentos em que a relação terapêutica se estabelece, o enfermeiro vai re-orientando e re-desenhando as suas intervenções, a sua forma de estar, de se posicionar e relacionar com o cliente. As representações e esquemas mentais surgem naturalmente, o enfermeiro vai-se dando conta das suas próprias transformações, as alterações no cliente, e entre os dois. Alguns processos de transição vivenciados pelo T.M., eram bastante evidentes. Não obstante, foi bastante útil a sua explicitação e análise através da realização deste estudo de caso: garantir que o enfermeiro está consciente das inúmeras transições que o cliente vive, é facilitar esse próprio conhecimento ao ser de quem cuida.

É necessário trabalhar os fenómenos da agressividade, tendo em consideração a participação ativa do cliente, ou seja, oferecendo *empowerment*, o cliente assume a própria responsabilidade de cuidar de si e de tomar decisões. Os processos inerentes, promovem autonomia e capacitam cada vez mais o cliente. Remetendo-me para a experiência de cuidados oferecidos o T.M., o seu percurso no internamento, foi sustentado neste princípio. O T.M., progressivamente foi sendo capaz de identificar os seus estados emocionais, dando-lhe os seus significados próprios. Mas, depois veio a pergunta: o que faz o T.M., com aquilo que está a sentir? Para além do significado atribuído e da maior consciência emocional, foi fundamental aliar conhecimentos sob a perspetiva cognitiva-comportamental, por forma a dar resposta às representações/esquemas mentais que o cliente apresente sob si próprio “sou mau”. Fica patente, a intervenção de enfermagem de “não aceitação do comportamento” ao invés de “não aceitação da criança.” As suas

melhorias foram significativas, recorde-se os seus progressos através das avaliações realizadas nos planos de cuidados.

Como último pensamento, penso que é importante deixar claro que presenciar a agressividade, mais ou menos agida, é um desafio constante para o enfermeiro de saúde mental, mas o desafio será ainda maior para o cliente que se vê muitas vezes incapaz de “fazer de outra maneira”, provocando sofrimento psíquico inquantificável. É emergente continuarmos a apostar nos cuidados a estes clientes.

APÊNDICE IV – PRIMEIRO DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: CONTEXTO HOSPITALAR

A CHEGADA

Ser-se estudante, ser-se enfermeiro, ser-se pessoa, ser-se...diferentes pessoas que co-habitam dentro de uma só. Nesta fase, uma fase que descrevo como exploratória, de novas descobertas e procuras, chega até mim uma imagem de um terreno virgem e fértil, pronto para receber e dar novos frutos de conhecimentos. Ao leitor, pode ressoar a ideia de multiplicidade de papéis sociais/profissionais que parecem viver na atualidade algum género de conflito. E assim é. Um conflito entre papéis e os 'ser-se' que vivem em mim. Decorridos os primeiros quatro momentos de contato no contexto clínico, sinto-me à procura do meu espaço, num espaço que não é meu, mas sim de outros...de outros que progressivamente vou conhecendo e adaptando-me. Talvez possa eu sentir este espaço como sendo também um pouco meu, no decorrer desta jornada...

Terminadas as duas primeiras semanas de estágio, emerge a necessidade de "formalizar" o processo reflexivo que fui realizando e apresentar, através da concretização deste primeiro diário de aprendizagem, os pensamentos, sentimentos e os movimentos internos que me fui dando conta ao longo destes dias, procurando descrever uma situação que tenha despertado em mim um interesse particular e viável para ser discutido neste diário. Para isso, afigura-se como fundamental, sustentar o momento reflexivo de acordo com os pressupostos definidos pelo ciclo de Gibbs. Mas antes de resgatar a importância que representa a prática da reflexão na profissão de enfermagem, será importante partilhar a forma como tenho vivido esta nova experiência. Uma experiência enquanto estudante de enfermagem que exerce a sua profissão há 5 anos e que inicia um percurso de prestação de cuidados a uma população que lhe é desconhecida – crianças e adolescentes com doença mental.

Neste diário de aprendizagem seria possível trabalhar e apresentar muitas das inquietações que foram surgindo ao longo destes dias. Na sua generalidade representam momentos/interações que depoletaram em mim questões como: que impacto terá em mim a prestação de cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes com doença mental? Que impacto terá a minha intervenção na população internada? Quais serão as minhas resistências e aspetos facilitadores?

Como será a integração na equipa? E, finalmente, em que medida trabalhar com crianças e adolescentes poderá mudar a minha perspetiva de cuidados prestados a adultos com patologia mental?

À medida que as questões vão emergindo vou, também, me dando conta da forma como me posiciono na relação que estabeleço com os colegas e com os jovens internados. O início das relações estabelecidas tem sido vivida de forma globalmente tranquila, onde tenho procurado integrar-me na equipa e compreender o funcionamento do serviço e participado ativamente nas dinâmicas realizados com os jovens. Ainda que o meu papel no internamento seja diferente dos colegas, tem sido importante procurar identificar-me com os estilos de abordagem diferentes que são usados pelos mesmos, uma vez que me ajuda a procurar o meu próprio estilo e clarificar o meu papel enquanto estudante.

Os dias têm sido ricos quanto às aprendizagens e, por conseguinte, também quanto ao número significativo de reflexões e pensamentos que têm surgindo. Refletir na e sobre a prática clínica: que ganhos representam para o profissional de saúde e para os cuidados prestados?

“A reflexão enquanto atividade emerge (...) como condição para ir mais além (...) estratégia utilizada para ultrapassar dificuldades, pois permite a identificação das mesmas e o diálogo consigo próprio, no sentido de encontrar resposta para essas mesmas dificuldades.” (Rua, 2011).

Rua remete-nos para duas funções principais: a reflexão como um veículo para colocar o profissional em contato consigo próprio e como facilitador para pensar na e sobre a ação como modo de atingir novas compreensões sobre um determinado assunto. Acerca da oportunidade de contato e aproximação com o próprio, vale a pena lembrar uma das quatro competências que o enfermeiro especialista em saúde mental deve desenvolver “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Compreende-se desta forma o sentido dos momentos reflexivos no processo de formação do enfermeiro especialista em saúde mental. Pensando agora na prática reflexiva como um meio de aprendizagem, importa referir a intencionalidade da mesma. A reflexão sobre as práticas é definida por Kim (1999), como uma retrospectiva intencional, o que traduz uma intenção clara da pessoa que

reflete: refletir é, portanto, um processo consciente que melhora a compreensão da prática/ato e proporciona novos momentos de aprendizagem.

Entre outras técnicas, o ciclo de Gibbs concorre para o desenvolvimento pessoal, uma vez que após a descrição da experiência vivida, convida o “relator” a sistematizar os pensamentos e sentimentos que foram surgindo durante a experiência, propõe um caráter avaliativo “o que foi bom e mau desta experiência”, ajuda a pessoa a compreender o sentido e significação da mesma bem como a compreender o que foi ou não feito perante o acontecimento relatado. (Documento Orientador de Estágio, 2014). Através da última etapa do ciclo, procura-se planejar o futuro e compreender em que medida esta experiência proporcionou uma mudança na prática clínica. Na minha perspectiva, entendo esta última etapa como um mediador entre o passado-presente-futuro, que reflete a nossa posição enquanto enfermeiros prestador de cuidados contínuos.

Após este breve enquadramento, faz agora sentido remeter-me para a experiência que mais eco provocou em mim durante estes dias. Tratava-se de uma segunda feira, dia em que se realiza a reunião multidisciplinar onde se discute de forma minuciosa o caso clínico de cada jovem. Estão presentes o diretor do departamento de saúde mental da infância e adolescência, o diretor clínico do serviço de internamento, um enfermeiro, assistente social, psicólogos, e os pedopsiquiatras que acompanham os jovens internados. Serve como mote para a reunião, a palavra do enfermeiro que partilha com a restante equipa o comportamento que cada jovem tem apresentado no internamento. Dá-se primazia à discussão e reflexão acerca do comportamento do jovem nas atividades mais individuais (como exemplo, o grau de organização nas suas AVD's), como também o seu envolvimento nas atividades terapêuticas desenvolvidas em grupo. Não esquecendo a importância que a família tem no processo saúde/doença do jovem, é também abordado a forma como decorrem as visitas.

Foram discutidos o caso dos 10 jovens internados, realizadas novas propostas de atuação e planos terapêuticos. À medida que a informação ia sendo relatada, sentia-me cada vez mais desconfortável e incomodada e pensei “eu olho para cada miúdo que lá está e estou tão longe de imaginar o sofrimento e pesar de cada um deles.” E senti empatia pela dor, pela história, pelo sofrimento de cada um deles. Durante aquela reunião que durou cerca de 4 horas foram várias as vezes em

que “saía” do meu papel e tentava colocar-me no papel deste jovens. “Se isto tivesse acontecido comigo, como seria eu agora?” “Talvez não estaria formada, talvez não fosse eu...o eu que agora reconheço em mim. Com estas experiências emocionais que me parecem tão marcantes, como seria se fosse eu a vivê-las na primeira pessoa?”. Tocou-me particularmente o caso de uma adolescente de 13 anos que terá iniciado episódios de recusa escolar, com comportamentos parasuicidários, crises de ansiedade coincidentes com uma ruptura amorosa com um homem de 37 anos. Filha única de uma família nuclear (pai e mãe) que se viu obrigada a separar-se por questões financeiras. Atualmente o pai encontra-se a trabalhar na Bélgica e a mãe, desempregada, vive com a adolescente em Portugal. Há história de personalidade do tipo permissivo da mãe, conhecedora desta relação afetiva entre a menor e o homem de 37 anos, sob a qual se refere “eu nunca achei bem mas também nunca pensei que isto fosse acabar assim.” (sic). À medida que se ia relatando a história, foram vários os sentimentos e pensamentos que foram surgindo. É difícil abstermo-nos de juízos de valor, pelo menos para mim naquele momento foi. Perante esta situação que me é nova, foi difícil controlar os meus pensamentos e não pensar, à partida “Que tipo de mãe permite um relacionamento da sua filha menor com um homem de 37 anos? Para onde se remete a função protetora que a mãe deve ter com a sua ‘cria’? Qual o estilo de relacionamento entre os pais e a filha?

Senti que algumas destas inquietações teriam que ser primariamente trabalhadas por mim. Antes de as expôr e partilhar com alguém, precisei de as “processar” de modo a diluir os juízos de valor (era este o valor do meu pensamento). E depois, senti que seria útil perceber também porquê e em que medida este caso particular me trouxe tanto incómodo: em primeira mão, é-me difícil aceitar que uma jovem, no início da sua adolescência, procure um relacionamento com um homem desta idade. São claramente fases de evolução diferentes, em estadios de maturidade cognitivo-emocionais também distintos. O que aproxima/une estas duas pessoas? Depois, estamos a falar de uma vulnerabilidade de uma adolescente, que se expõe a situações de risco ou estamos a abordar a psicopatologia de um adulto que procura um relacionamento com uma menor? Ou estaremos nós a abordar as duas situações em simultâneo? Senti-me confusa e com uma necessidade (importante ou não?) de tentar perceber melhor em que

circunstâncias terá começado a aproximação entre eles. Foi como se estivesse à procura de racionalizar as questões em torno de tudo isto, talvez para me afastar de sentimentos como: zanga perante uma mãe que permite que isto aconteça, zanga perante um homem que procura uma menor para manter uma relação afetiva...pior, foi o sentimento ambíguo que tive em torno da jovem. Enquanto descrevo esta necessidade de racionalizar, reconheço em mim exatamente esta minha tendência: racionalizar constantemente as emoções e tentar suprimir, por vezes a qualquer custo a zanga...por um lado sentir compaixão, que me faz, no limite da minha atividade profissional, proteger, trabalhar e aceitar a sua vulnerabilidade, mas por outro sentir alguma incompreensão perante o seu comportamento. Traduz este sentimento alguma resistência da minha parte? Não consigo ainda responder a esta questão....

Destas últimas palavras que partilho, gostava de realçar e refletir, em primeira instância, a questão do limite da nossa intervenção profissional. As questões levantadas pela própria equipa revelaram essa preocupação, uma vez que sendo um relacionamento de uma menor e com um homem adulto, teria que ser, à partida, reportado para outras instâncias superiores. Pergunto-me: estando a adolescente internado no serviço de pedopsiquiatria quem deve reportar o caso? Os pais ou a equipa técnica? Depois, como podemos garantir que os pais, nomeadamente a mãe que tinha conhecimento deste relacionamento, irá mesmo reportar e formalizar uma queixa? E, muito importante...sendo a equipa a reportar e formalizar a queixa, que implicações teríamos na relação terapêutica estabelecida entre a equipa e a adolescente?

A minha posição de estudante, o fato de ser o primeiro dia em que me estava a apresentar à equipa foram fatores que concorreram para que tivesse adotado uma postura mais reservada durante a discussão, mas sem que isso significasse que eu própria não estivesse a refletir acerca das preocupações partilhadas.

O ciclo de Gibbs propõe uma reflexão avaliativa, o que foi bom e mau da experiência. Gostaria de trocar o “mau” pelo “menos positivo”. Começo por destacar os aspetos talvez menos positivos da experiência: dificuldade em conseguir pensar de forma clara e objetiva quanto à resolução para o problema; sentimento de culpa que se foi assolando em mim aquando dos pensamentos que surgiram como “que leva a uma adolescente com esta idade aproximar-se de um homem de 37 anos?”.

Gostaria de não ter passado por alguns momentos de angústia durante a discussão, por um lado sentia que por vezes me perdia no meu próprio pensamento “não é justo estares a pensar desta forma sobre a família. Não podes tirar conclusões ou ilações, uma vez que não conheces todas as circunstâncias.” Por outro lado, acalmava-me pensar “é uma situação nova, é natural que te sintas perdida e não podes dissociar os teus pensamentos dos teus sentimentos. O importante é tomar consciência da existência deles e saberes o que podes fazer com isso.” Depois disto, a experiência emocional mais marcante foi recriar imaginar que pudesse eu adotar uma postura defensiva para com a adolescente ou com a sua mãe, ao saber deste relacionamento entre a menor com o senhor. A história tinha-me incomodado, sentia-me zangada com a mãe, e embora sentisse compaixão pela adolescente, também me questionava acerca do seu comportamento.

Quanto aos aspetos positivos, o fato de ter havido uma discussão rica em torno desta questão “como reportar e formalizar a queixa”, o fato de ter sentido que todos os elementos da equipa estavam empenhados na resolução do problema e no bem-estar da família e adolescente. Quanto aos ganhos mais direcionados para mim, de destacar a tradução deste acontecimento num momento reflexivo acerca dos aspetos éticos e legais inerentes à prática dos cuidados, questão da vulnerabilidade e mecanismos de resiliência do próprio adolescente.

Remetendo-me agora para o significado atribuído à experiência, posso pensar sob três perspetivas: significado atribuído acerca do que senti durante a discussão do caso, significado dado quanto ao meu posicionamento durante a experiência, receios quanto ao condicionamento da relação terapêutica entre mim e a adolescente e sua mãe.

A verdade é que foi a primeira vez que ouvi e presenciei um relato tão próximo de um abuso de menores e, por ser novidade, a minha inquietação poderá também ser fruto do meu desconhecimento quanto à resolução legal do acontecimento relatado. Como referi, a zanga foi estando presente ao longo da experiência, mais dirigida para o homem de 37 anos e a mãe adolescente. Talvez por tentar imaginar que a relação entre mãe e filha deve ter um cariz protetor e que, neste caso, penso que poderá ter sido descurado. Pensado noutra perspetiva, a zanga contra mim também esteve presente e atribuo ao fato de me ter sentido, enquanto enfermeira, alguma impotência para solucionar o problema. Mas, não

poderei eu, contribuir para o bem estar da adolescente e arranjar outras formas de a ajudar a compreender e a mudar o seu comportamento futuro? Será uma perspetiva interessante e diferente (e não remeter-me exclusivamente para as questões legais) para abordar a temática em questão. Portanto, os receios supracitados não passaram de fantasias não concretizadas, mantive uma relação próxima com a adolescente e desenvolvi algumas atividades terapêuticas com a mesma, perfeitamente distanciada dos meus pensamentos iniciais.

No que concerne ao que poderia ter feito durante esta situação, senti que podia ter procurado explorá-la com a equipa de enfermagem, nomeadamente com a minha orientadora, uma vez que foi algo me deixou desconfortável. Teria sido interessante também abordar e discutir com os colegas como poderia ter sido esta questão trabalhada com a adolescente. Ou talvez primeiro pensar se de fato esta informação partilhada tem assim tanto peso e pode definir o rumo dos cuidados prestados à adolescente?

No futuro, perante situações semelhantes, espero poder ter uma resposta mais interventiva e participar com soluções mais efetivas. Para isso, contribui o fato de me propor a procurar documentos que me possam conferir segurança do ponto de vista teórico. Seria interessante também no futuro estar presente em entrevistas familiares, onde pudesse compreender e tentar traduzir o significado de questões deste tipo no seio familiar. Talvez me pudesse ajudar a desconstruir algumas ideias/pensamentos que fui espelhando durante esta reflexão.

Ficam por partilhar outras questões, outras ideias e até emoções que foram surgindo ao longo destas semanas... Haverão outras reflexões, outros momentos e outras oportunidades que certamente me ajudarão a crescer pessoal e profissionalmente.

APÊNDICE V – SEGUNDO DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: CONTEXTO HOSPITALAR

CONTENÇÃO AMBIENTAL, EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES, EM SITUAÇÃO DE AGRESSIVIDADE EXPRESSA

Manter a reflexão *na* e *sobre* a prática afigura-se como condição *sine qua non* para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. À semelhança do primeiro diário de aprendizagem, este segundo documento pretende refletir e dar a conhecer uma das vivências decorrentes da prática de cuidados, em contexto de estágio.

Para além dos pressupostos inerentes à reflexão realizada pelo modelo Ciclo de Gibbs, é minha intenção, através desta partilha, poder aproximar-me do objetivo *major* do meu projeto: adquirir competências na área de gestão de comportamentos agressivos na criança e adolescente. Desta forma, farei alusão a um caso onde um menino de 12 anos internado, evidenciou uma situação de agressividade expressa (física e verbal).

T.L, trata-se de um menino de 12 anos, diagnosticado com uma perturbação desenvolvimento, perturbação do espectro do autismo, que deu entrada no serviço de pedopsiquiatria, por apresentar agitação psico-motora marcada, agressividade física e verbal dirigida à mãe e avó materna (que constituem o seu agregado familiar). Durante o internamento, fui-me dando conta das dificuldades deste menino. Os primeiros dias foram pautados pela sua irritabilidade, baixa tolerância a estímulos externos (tanto verbais como físicos), e uma marcada dificuldade, característico nas crianças e jovens com perturbações semelhantes, na interação social.

Sendo um menino que apresenta pouco acesso à palavra, nos momentos de maior emocionalidade e angústia para ele, acaba por se expressar através do corpo, apresentando um comportamento mais agitado e com maior risco de auto e heteroagressividade. A ansiedade de separação que o T.L tem apresentado no *términus* das visitas, faz com seja recorrentemente necessário o enfermeiro mediar esta fase da visita e conduzir o menino para o denominado “quatro dos colchões.”

Neste dia, pensei que seria provável que fosse necessário recorrer novamente à contenção ambiental e física, após a visita. Tem sido habitual passarem esta intervenção na passagem de turno e todos os colegas encontram-se despidos para esta dificuldade que o menino tem apresentado.

E assim foi. Minutos antes da mãe e avó se despedirem do T.L, o menino começou a ficar progressivamente mais inquieto, discurso mais infantilizado e altissonante, muito centrado na alta, manifestando o desejo em sair do internamento com a avó e mãe. Com dificuldade em verbalizar e aceder ao motivo da zanga, o T.L repetiu constantemente que “a minha mãe não pode ir embora agora porque disse-me que ia comprar um chocolate kinder. Ela prometeu!” (sic).

Mesmo antes da sua zanga e irritabilidade se ter expressado de forma mais clara, o T.L foi dando sinais da sua dificuldade em separar-se da mãe. À medida que o seu tom de voz aumentava, que ficava progressivamente mais inquieto, eu própria comecei a sentir-me mais desconfortável e insegura. As situações de agressividade, seja elas apresentadas através de uma escalada de comportamentos ou do tipo explosivas, produzem sempre desconforto ao meio envolvente, incluindo restantes crianças e adolescentes, equipa técnica e também no próprio cliente. Os sinais que o T.L evidenciou, trazudem a sua agressividade numa escalada de comportamentos.

O meu desconforto surgiu logo após o início destes comportamentos. Primeiro, lembro-me de ter pensado que seria difícil interromper esta escalada na sala de visitas e antes da mãe ir embora, uma vez que tem sido comum o T.L ser conduzido ao quarto dos colchões, tendo necessidade de permanecer no mesmo durante longos minutos. Parecia quase uma atitude conformista da minha parte. O meu primeiro sentimento foi de desespero: “eu sei que não vou conseguir que a mãe e avó abandonem o serviço, sem que parece isso o T.L fique a chorar e fique mais agitado.” Às vezes sentia-me numa atitude derrotista e só pensava “não vou conseguir impedir que a família e o T.L sofram e vai ser desconfortável senti-los angustiados.” E foi. Foi desconfortável olhar para o fâcias da mãe e avó, que apresentavam uma semblante que se confundia e misturava com a tristeza, perplexidade e melancolia.

Agora, distanciada da situação, sinto-me como se tivesse sempre uma obrigação moral, enquanto profissional de saúde, de amenizar o sofrimento psíquico e emocional de quem cuido. Esta premissa continua a ser verdadeira, mas a forma como a integro é que considero que está a mudar. Em primeiro lugar, a situação de sofrimento da família não decorreu de uma prática ou não prática da minha parte. Porquê sentir culpa de algo que não sou responsável?

Seria interessante continuar a reflexão nesta direção, todavia quero hoje partilhar e explorar a minha experiência durante o período em que o T.L esteve no quarto dos colchões.

Nesta altura, a mãe e a avó do T.L já se encontravam fora do serviço. O T.L foi acompanhado para o quarto dos colchões por mim e pela enfermeira Susana. Ao chegar, o T.L rapidamente começou a dirigir a sua zanga para objetos, batendo várias vezes com as mãos nas paredes acolchoadas. As suas tentativas de sair do quarto eram inúmeras. Os seus gritos imotivados incomodavam-me e pareciam cada vez mais finos e descontrolados.

O quarto dos colchões é um espaço utilizados pelos enfermeiros, onde se dá primazia a intervenções individuais para prevenção e gestão do comportamento agressivo. Por ser um quarto revestido por colchões, proporciona uma estimulação ambiente mínima, executando um efeito contentor. De acordo com Cavalcante e Humerez (1997), a contenção ambiental implica limitar o cliente agitado e/ou agressivo a um espaço controlado, como por exemplo, um quarto, onde exista uma menor exposição a estímulos ambientais e onde não exista qualquer objeto que possa colocar em risco a sua integridade física ou de outros. De acordo com IPSN (2010), este espaço insere-se no contexto de um *milieu thérapeutique*, promovendo a segurança e a possibilidade ao enfermeiro de realização de uma intervenção estruturada e de suporte ao cliente.

O T.L gritou várias vezes “eu quero a minha mãe! Já chega, não quero estar aqui!” (sic), pegou nos colchões e procurava bater várias vezes com a mão na janela do quarto.

Ao estar perante o T.L comecei a recordar-me das vezes em que presenciei comportamentos agressivos no meu serviço. Desta vez, as circunstâncias eram diferentes. Estava num quarto com características diferentes, perante uma criança e não um adulto. Destaco estas duas características porque foram securizantes para mim. Apesar da agressividade do T.L ser muito evidente, sentia-me calma e protegida, em segurança. O fato das paredes do quarto estarem protegidas, o quarto sem ter objetos potencialmente perigosos transmitiu-me conforto. Esse fato também me deixou e continua a deixar tranquila relativamente à condução de crianças e adolescentes agressivos para este espaço.

O meu sentimento de segurança também veio do fato de estar perante uma pessoa vulnerável do ponto de vista físico. Eu, substancialmente mais alta que o T.L. e com outra estrutura física, senti que corria menos perigo quando comparado com a intervenção que tenho com adultos, muitos deles maiores que eu.

O fato de estar presente outra enfermeira no mesmo espaço também foi algo que me deixou mais segura.

O T.L. encontrava-se visivelmente angustiado e irritado, mantinha acesso restrito à palavra, pelo que a primeira intervenção teve como objetivo dar significado ao movimento corpóreo, através da introdução do jogo no espaço. Nesta altura, senti-me aliviada e pensei que é possível promover um momento catártico à pessoa, mesmo estando ela internada num serviço hospitalar. Sentia-me surpreendida e afastada da realidade com que me deparo todos os dias e pensei “no meu serviço seria impossível eu ter uma abordagem deste tipo.” Sei que é difícil compreendermos que, embora o cliente demonstre zanga e irritabilidade na interação connosco, muitas vezes estes sentimentos não são dirigidos para nós. Não se trata de uma questão pessoal, trata-se de sermos nós que ali estamos e, por consequência somos nós o “alvo” do cliente. Pergunto-me: se assumo que a pessoa está instável do ponto de vista clínico e está, em muitas outras dimensões vulnerável, como posso suprimir e não permitir que a pessoa tenha um momento catártico?

Se há sítio onde o cliente pode “descontrolar-se” é exatamente no internamento, que deve funcionar como um ambiente securizante e protetor. É neste local que se encontram profissionais especializados que podem efetivamente ajudar a pessoa a dar significado aos seus comportamentos e sentimentos e favorecer o surgimento de comportamentos cada vez mais ajustados e adaptados.

A introdução da possibilidade de jogo, teve pouco resultado no T.L. Durante a interação, foram feitas algumas tentativas para envolver o T.L. no jogo, tal como se tratasse de uma “luta”, contudo ele procurava mais o contato com as paredes do que com os colchões e reagia com maior irritabilidade aquando do estímulo físico provocado por nós. Mais agitado e a procurar a saída, foi necessário contê-lo fisicamente. A contenção física corresponde ao contato direto de um ou mais profissionais de saúde com o cliente, com o objetivo de proceder à sua imobilização, sem elementos ou dispositivos de restrição mecânica. Depreende-se contenção

física, a restrição dos movimentos da pessoa doente em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros. (DGS, 2007), utilizando-se a força corporal no sentido de limitar a liberdade de movimentos de uma pessoa. “Inclui limitação dos movimentos da pessoa e acesso ao seu corpo unicamente envolvendo e segurando com força (corpo a corpo)” (Prescott et al, 2007).

Sentia-me próxima do T.L e, após termos compreendido que a possibilidade do jogo era mínima, optámos pela contenção física. Assim, de forma sincronizada, eu a enfermeira Susana deitámo-lo nos colchões. Procurei colocá-lo numa posição confortável e que lhe pudesse transmitir conforto, acabou por ficar com a sua cabeça entre as minhas pernas e eu envolta no seu tronco com os meus braços. A enfermeira Susana dirigiu a sua atenção para o restante corpo. Ao fim de longos minutos, o T.L mantinha-se muito choroso e com gritos imotivados. Lembro-me de me ter perguntado: “quanto tempo é que isto vai durar?” Neste momento sentia-me incomodada, não pela sua agitação motora, mas sim por manter o discurso altissonante e ser impossível devolver-lhe alguns significados importantes acerca do que estava a acontecer. Por vezes a criança repetia “eu quero o chocolate kinder!” (sic).

Era óbvio que a criança mantinha aquele comportamento por sofrer com a separação física entre a mãe, avó e ele. Por ser um miúdo muito agido e com acesso restrito às emoções e capacidade de as expressar e devolver ao outro, eu a e enfermeira Susana procurámos ajudá-lo a compreender o motivo da sua irritabilidade. Nos curtos segundos em que T.L se encontrava em silêncio, foi-lhe devolvido “a mãe foi-se embora mas amanhã volta. Por hoje terminou a visita.” Após várias intervenções e, parece-me a mim, depois do T.L se ter sentido seguro, retorquiu a intervenção com “a mamã foi-se embora e eu não quero.” (sic).

Freud, pelo ano de 1926 aborda o tema de angústia de separação. Ressalta que “a angústia é um sinal de perigo que provém do mundo externo ou de impulsos internos, relata que perigos internos possuem uma característica comum, envolvem a separação ou perda do objeto amado, ou uma perda do seu amor, uma perda ou separação que poderá de várias maneiras conduzir a um acúmulo de desejos insatisfeitos.” De acordo com a Classificação Internacional de Diagnósticos, a ansiedade de separação pode ser manifestada da seguinte forma: “angústia

excessiva e recorrente (como mostrada por ansiedade, choro, acessos de raiva, sofrimento e apatia ou retraimento social) em antecipação, durante ou imediatamente após a separação de importante figura de vinculação.

Nesta altura fiquei surpreendida e ao mesmo tempo feliz, o T.L foi capaz de verbalizar o verdadeiro motivo que o deixou angustiado. Após isto, paulatinamente o menino foi ficando mais calmo, com postura mais tranquila.

O fato de termos fomentado a devolução de sentimentos, de termos ajudado o T.L a atribuir o seu significado ao acontecimento foram passos fundamentais para ele próprio ter conseguido arranjar estratégias internas para se acalmar.

O enfermeiro, ao perceber o ato como agressivo ou violento, seja verbal ou comportamental, avalia e elabora uma apreciação sobre a sua função, ajuizando se este produz um efeito de catarse ou libertador, valorizando o facto de ser desta forma que a pessoa frequentemente se consegue proteger de perigos e sofrimentos, ou se estes atos se apresentam como hostis ou destrutores, para o próprio ou para terceiros, necessitando nesta situação de conter e proteger, quer da auto-agressão ou heteroagressão.

Desta experiência, novos movimentos foram realizados por mim. Sinto que tive próxima do cliente e que, após a escalada de comportamentos agressivos, foi possível realizar uma intervenção precoce e minimizar os riscos e eventos adversos desta experiência. Mantive sempre uma postura calma, discurso hipofónico e pausado com o T.L e fui retribuindo alguns sentimentos durante a interação. Em períodos de maior irritabilidade, recorri também a estratégias de distração e desensibilização. Nestas últimas estratégias não estava tão confiante, uma vez que não sabia ao certo se eram intervenções adequadas ao contexto. Contudo e, como forma de me ajudar a procurar o sentido desta intervenção, realizei pesquisa bibliográfica nesta área. Desta pesquisa, destaquei um artigo de 2002 que se reporta para as estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos stressantes. As autoras, Dell'Aglio e Huntz, destacam a distração como um tipo de estratégia que envolve comportamentos ou pensamentos que adiam a necessidade de lidar com o agente stressor. Engloba respostas, como fazer coisas para não pensar no problema, jogar, brincar, etc. No estudo realizado pelos autores, a estratégia de distração foi utilizada com frequências. 51% das vezes, as crianças recorreram à distração aquando de eventos adversos e stressantes. Acrescentam

que esta estratégia é muito utilizada como ferramenta para lidar com a emoção (Dell’Aglia, Huntz, 2002).

Dos novos movimentos que foram realizados, gostaria de dar ênfase ao fato de no final desta interação com o grupo, foi possível realizar uma partilha com um par (enfermeira susana) e, em conjunto, eu própria dar um significado a tudo o que aconteceu. Infelizmente, as situações de agressividade vividas no meu serviço ainda constituem um assunto tabu. Sabemos todos que têm uma carga emocional muito grande e que são capazes de provocar fenómenos transferenciais e contranferências delicados. Rapidamente projetamos tudo o que sentimos e é raro a vez que temos oportunidade de partilharmos como nos sentimos. Para além desta partilha ser difícil, também não é muito comum falarmos sobre a nossa própria prestação e de nos colocarmos em causa.

Para mim, o fato de ter trocado impressões, de ter partilhado o que fui sentido, as minhas questões e preocupações, permitiu-me pensar e refletir sobre a prática. São fatores que contribuem para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, ajudam-me a ter novas perspetivas de abordagem e a compreender a prestação de cuidados, sob vários pontos de vista.

Reportando-me agora para o que acho que poderia ter feito e não fiz durante a interação. Penso que poderia ter sido mais assertiva com o T.L, nalgumas situações específicas da interação. Às vezes sentia que o menino ultrapassara os limites razoáveis e que lhe foi dado bastante tempo e abertura para pudesse realizar a catarse. Gostaria de ter apresentado uma postura mais firme, talvez para ajudar a balizar o comportamento do T.L. Contudo, a assertividade é algo que se vai trabalhando, estou confiante que poderei melhorar este aspeto. Nalgumas situações senti que deveria dizer “basta”, pois a presença dos gritos imotivados estavam a impossibilitar qualquer tipo de interação com o menino.

Manter-me-ei a estudar acerca das técnicas de *de-escalation* dos comportamentos agressivos, procurarei estar desperta para sinais de agressividade presentes nas crianças e adolescentes e farei questão de continuar as minhas dúvidas e preocupações com os pares. O estar presente nesta situação de maior tensão agressividade expressa foi muito importante para mim. É certo que nalguns casos os mediadores palavra e toque tornam-se pouco eficazes para a gestão destes comportamentos, mas esta experiência permitiu-me compreender e ver que

são ferramentas muito úteis para a nossa prática. O fato de não termos recorrido a outras estratégias mais restritas e invasivas como contenção química e mecânica foram importantes para mim. Foi promovida a autonomia e empoderamento do cliente. Os resultados do trabalho com o T.L são notórios, ainda que o fim da visita seja sempre um momento delicado, a verdade é que cada vez mais é-lhe menos angustiante a separação entre a mãe, avó e ele.

Esta experiência foi uma mais valia para o meu desenvolvimento profissional, aproximou-me das boas práticas e recomendações na área de gestão de comportamentos agressivos, ajudou-me a desenvolver sentimento de empatia perante o cliente e procurar respeitar o conceito de apoio incondicional que o enfermeiro de saúde mental deve apresentar perante pessoas e família em situações de vulnerabilidade.

APÊNDICE VI – REGISTO DE INTERAÇÃO: CONTEXTO HOSPITALAR

REFLEXÃO PÓS COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Interveniente: Patrícia Pereira

Local da interação: Sala de refeições/convívio no internamento Pedopsiquiatria.

Área de Desconforto apresentado pelo G.: O G., trata-se de um menino de 12 anos de idade, raça caucasiana, filho de pais divorciados (processo de divórcio recente), atualmente a viver com a mãe. Filho único. Com nível de desenvolvimento psico-motor dentro dos limites considerados normais, embora seja importante referir que foi diagnosticado em terna idade (meses de vida), hipersensibilidade ao toque e hipotonia, embora sem repercussões grosseiras no presente. Descrito como uma criança com dificuldades nas relações interpessoais, personalidade tímida. Considerado bom aluno, encontra-se atualmente a frequentar o 6^o ano de escolaridade. Foi internado no serviço de Pedopsiquiatria pela primeira vez, na sequência de perturbação da conduta, com comportamentos heteroagressivos dirigidos à mãe. Parece haver uma transição importante na vida desta criança, nomeadamente o divórcio dos pais, em que a criança tem manifestado alguns sentimentos de insegurança perante o afeto que os seus pais têm para consigo.

Objetivos da entrevista/interação: compreender o foco de desconforto e fazer com que o G. se centre nele de modo a consciencializar-se da sua dimensão conceptual e afetiva; levar o G. a expressar os sentimentos e emoções e realizar situação diagnóstica para compreender os recursos internos e externos que o mesmo consegue reconhecer nele próprio. Começar a delinear uma linha e caminho de intervenção com o G.

Tema dominante: sentimento de provocação que a mãe lhe transmite. Comportamento agressivo aquando emerge esse sentimento.

Quanto tempo surgiu após ter começado a entrevista? 1 Minuto após o contato.

O QUE PERCEBO	O QUE PENSO	O QUE SINTO	AS MINHAS MOTIVAÇÕES TÉCNICAS E AVALIAÇÃO	COMPORTAMENTOS VERBAIS E NÃO- VERBAIS
Durante a passagem de turno, foi partilhado o momento de tensão vivido pelo jovem G. no decorrer da visita com a sua mãe. A visita foi mediada pelo Enfermeiro e houve necessidade de interrompê-la e conduzir o G. para o quarto dos 'colchões', dada a sua agressividade expressa.	O jovem G. parece apresentar rigidez do pensamento e vive um conflito constante com a mãe, em que por um lado apela à sua atenção e afeto, contudo responde com agressividade verbal e física na sua presença.	Preocupada e inquieta com este acontecimento, uma vez que tem sido comum o G. apresentar este comportamento com a mãe. Motivada para realizar intervenção individual com o jovem.	Compreender o significado atribuído pelo G. à presença da mãe e relação estabelecida com a mesma. Resgatar o acontecimento e validar a ressonância afetiva que o jovem apresenta para o acontecimento. Métodos: Exploração.	Patrícia: "Olá, G. Como te sentes hoje? (1) [G.: "Sinto-me mais ou menos." (2) Patrícia: Mais ou menos... <i>(hmmm)</i> . Parece-me que ontem aconteceu algo importante durante a tarde..." (3) <i>(peço licença para me sentar na mesma mesa onde se encontra o G., posicionou-me num ângulo de 45º graus em relação ao jovem, e coloco os braços em cima da mesa, gesticulo com as mãos quando faço referência ao acontecimento importante).</i>

<p>G.: “Sim, é verdade. A minha mãe veio à visita e tiveram que interromper e levarem-me para o quarto dos colchões.”</p> <p>(4) <i>(fáceis triste, com olhar dirigido. Quando termina a frase, dirige o olhar para a mesa. Apresenta braços cruzados, e pernas irrequietas).</i></p>	<p>O acontecimento teve um peso emocional importante para o G. Parece que ainda está muito “fresco” na memória do G.</p>	<p>Sinto-me aliviada, uma vez que o G. rapidamente acedeu ao acontecimento que eu própria queria explorar. Sinto-me confiante para avançar com a partilha. Parece-me haver abertura por parte do G. para falarmos sobre o acontecimento.</p>	<p>Encorajar o G. a expressar sentimentos e pensamentos acerca do acontecimento.</p> <p>Métodos: Exploração. Validação.</p>	<p>Patrícia: :”Pois foi G. As visitas da tua mãe ainda mexem muito contigo. Queres explicar-me um pouco melhor o que aconteceu ontem? (5) <i>(inclino ligeiramente o tronco para a frente, procuro o olhar do G. e abordo-o com um discurso mais pausado e normofónico.)</i></p>
---	--	--	---	--

<p>G.: “Então é sempre a mesma coisa. Ela começa a provocar-me, eu porto-me bem e ela provoca-me e então depois eu começo a bater-lhe. E ela já sabe, se ela não muda eu dou-lhe.” (6) <i>(mantem as pernas irrequietas, dirige o olhar, semblante mais ‘carregado’ e sério.).</i></p>	<p>O G. sente que os comportamentos/po stura da mãe têm a intencionalidade de o magoar e provocar. Recordo-me de pensar que para além desta dificuldade, o G. apresenta estratégias restritas para ‘suportar’ a provocação (como ele a sente) e tenta libertar-se dela com atos muitos agidos e dirigidos à mãe.</p>	<p>O G. dá-me novas informações relevantes o que me faz sentir confiante para continuar a interação. Contudo, sinto alguma ambivalência, sei que não há momentos certos, mas sim oportunidade para... e pergunto-me se a minha intervenção será benéfica neste momento.</p>	<p>Necessito de compreender em que medido o G. se sente provocado pela mãe. Compreender se este sentimento de provocação está ligado apenas à mãe ou a outras pessoas. Reforçar que alguns comportamentos do G. durante o internamento têm sido ajustados.</p> <p>Métodos: Devolução da dimensão afetiva da experiência; Reforço positivo; Exploração.</p>	<p>Patrícia: “Talvez possas sentir que a tua mãe te provoque e isso, parece-me a mim, que te deixa muito zangado. Tenho visto que te tens esforçado para te portares bem no internamento, é certo. Mas ainda assim há momentos que as coisas têm sido um pouco mais difíceis para ti. Houve alguma situação específica ontem que te tenha feito sentir isto?” (7) <i>(mantenho o discurso pausado e tom de voz tranquilo. Mantenho igualmente a tronco inclinado...)</i></p>
<p>G.: “Claro, por isso é que ela levou. Eu porto-me bem e depois peço-lhe coisas, por exemplo um computador e ela</p>	<p>O G. tem pouco acesso a novos recursos quando é frustrado. Parece-</p>	<p>Mais tensa e desconfortável, sinto repentinamente e</p>	<p>Tenho (sinto mesmo como um dever) a necessidade de me afastar dos juízos.</p>	<p>Patrícia: “Dói quando por vezes não temos aquilo que queremos, G. E eu compreendo que possas muito querer ter um computador. Que te parece, na</p>

<p>começa logo a provocar-me a dizer que não me dá. Ela é que tem de mudar. Se me porto mal, ela diz-me que não, se eu me porto bem ela também diz que não. Vai continuar a levar!” (8) <i>(olhar dirigido, fáceis sério, mantém os braços cruzados. O discurso é discretamente mais acelerado e um tom de voz mais elevado.)</i></p>	<p>me existir dificuldade em diferenciar algumas emoções e sente-se provocado quando o frustram. Dificuldade em colocar-se em causa.</p> <p>Poderá haver dificuldade da parte do G. em diferenciar o papel/figura de autoridade da mãe; dificuldade em compreender o seu papel enquanto filho. Acho que vou ter muita dificuldade em ajudar o G. desconstruir este pensamento.</p>	<p>incontrolavelmente que os juízos de valor começam a surgir. Tento focar-me no que o G. me disse e processar uma resposta ajustada, mas sinto-me ligeiramente distrátil r/c com os juízos que vão emergindo. Desconfortável pela frieza que sinto que o G. apresenta.</p>	<p>Parece-me importante explorar com o G. outras estratégias de resolução de problemas mais ajustadas, ao invés da utilização da agressividade aquando do emergir de sentimentos de provocação.</p> <p>Métodos: atribuição de significado emocional ao momentos que lhe provocam frustração e negação; Reflexo de sentimento.</p>	<p>próxima vez que tiveres com a mãe, tentares compreender o porquê de ela não poder dar-te o computador. Estou aqui a pensar que se calhar pode dar-te a hipótese de perceberes que a mãe não tem intenção de te provocar. Bom, mas pensa comigo, achas que existe outras estratégias que te possa ajudar a não te sentires provocado?” (9) <i>(afasto-me ligeiramente, esboço um sorriso discreto quando abordo a questões de poderem haver outras hipóteses)</i></p>
--	--	---	--	--

<p>G.: “Ela tem de me dar aquilo que eu quero. E se não dá, é porque não quer. E não há nada que eu possa fazer. Ela é que tem de mudar!” (10)</p> <p><i>(mais inquieto, tom de voz elevado e cruza os braços com maior veemência)</i></p>	<p>O G. mantém-se com o pensamento muito rígido e pouco permeável a aceder a novas alternativas. Penso nos pais desta criança e questiono-me sobre a provável dificuldade que estes tiveram/têm em colocar limites ao G.</p>	<p>Sinto-me derrotada, se calhar tenho de escolher outro caminho alternativo para trabalhar estes questões com o G.</p> <p>Sinto compaixão pelos pais mas ao mesmo tempo zangada por eles não terem sido capazes de colocar limites ao G.</p> <p>Vão surgindo estes sentimentos e sinto-me péssima pessoa por estar a pensar e a sentir tudo isto sobre a família.</p>	<p>O G. não se coloca em causa. Como parece apresentar pouca crítica para o seu comportamento desajustado, faço o movimento no sentido do G. compreender que o seu comportamento tem um impacto na sua mãe, e que por vezes pode ser um impacto negativo.</p> <p>Métodos: Reflexo de sentimento.</p> <p>Consciência da dimensão afetiva da experiência, sob a perspetiva da mãe.</p>	<p>Patrícia: “Imagino como seja difícil sentires-te provocado e tens-me dito que quando sentes isso, bates na tua mãe. Sabes, fico a imaginar que também deve ser difícil para a tua mãe quando lhe bates... (11) (...)”</p>
--	--	--	---	--

<p>G.: “Não quero saber! Se é assim tão difícil ela que me deixe de provocar. Ai vai levar vai...” (12) <i>(abana a cabeça e mantém os braços cruzados)</i></p>	<p>Penso que se calhar a minha intervenção esteja a ter pouco impacto no G. Continuo a insistir no mediador – palavra, porquê?</p>	<p>Sinto-me encurralada, parece que estou a insistir e que o meu discurso é circular....mas não me sinto muito confortável para usar outro mediador para além da palavra. Sinto-me zangada com o G., acolho com dificuldade que uma criança exerça este tipo de autoridade para com a sua figura maternal.</p>	<p>O G. tem dificuldade me compreender que o seu comportamento provoca um impacto no outro, neste caso na sua mãe. Remeto-me para uma troca de papéis, em que tento posicioná-lo, agora enquanto vítima da agressão, ao invés de agressor. O objetivo é que o G. consiga aceder aos sentimentos, pensamentos que surgem quando é ele que se encontra na posição mais vulnerável. Procuro que o G. desenvolva alguma ressonância e empatia para com o</p>	<p>Patrícia: “ E...não sei...quanto te batem G., como te sentes?” (13) <i>(semblante mais sério, testa enrugada. Sinto a mandíbula mais tensa. Mãos cruzadas uma na outra, claramente mais desconfortável, olhar mais fixo no G.)</i></p>
---	--	--	---	---

			sentimento que a mãe apresenta aquando das agressões.	
<p>G.: “Então, é mau. Mas quando o meu colega me bateu, também levou logo. Quem dá também leva!” (14) <i>(Postura muito semelhante à descrita anteriormente)</i></p>	<p>O G. apresenta um movimento de aproximação e retirada muito rápido do estado emocional – ‘é mau’. Dificil permanecer nesse estado emocional e rapidamente se transporta novamente para a posição que lhe é mais confortável.</p>	<p>Sinto-me com vontade de terminar a conversa mas não me parece que essa decisão seja terapêutica. Sinto-me cansada, frustrada, sem grandes alternativas. Sinto que devo tentar novamente re-direcionar a entrevista/interaçã o..</p>	<p>É importante explorar a possibilidade de novas alternativas e estratégias de resolução de problemas, mas por outro prisma. Se o G. não é capaz de aceder às mesmas de forma mais direta, vou tentar que ele reconheça no outro soluções que posteriormente lhe façam sentido e que até as possa adoptar.</p> <p>Métodos: reflexo de</p>	<p>Patrícia: “ Foi mau...G. E achas que o teu colega nessa altura poderia ter agido de outra forma contigo?” (15) <i>(adoto novamente uma postura que sinto como mais disponível, fáceis mais aberto e tranquilo, descruzo as mãos, gesticulo e faço um movimento com as mãos que traduzem alguma abertura para a discussão).</i></p>

			sentimento, convite à reflexão/introspecção.	
<p>G.: “Sei lá, ele é que sabe. Mas olha, uma vez ele estava a provocar-me e a gozar comigo e eu disse-lhe logo: ‘se voltas a gozar-me à frente de toda a a turma, parto-te a boca toda!” (16) <i>(olhar fixo e mais aberto e aponta o dedo indicador. Músculos faciais claramente mais tensos).</i></p>	<p>Parece que o G. abriu uma brecha e vou conseguir resgatar outros acontecimentos em que ele se sinta provocado.</p> <p>Gostava muito de continuar este trabalho individual com o G. Sinto-me novamente completamente disponível para e na relação.</p>	<p>Sinto compaixão pelo G. Sinto-me mais próxima do G. e empenhada em manter o trabalho desenvolvido até aqui.</p>	<p>Parece-me importante trabalhar com o G. o significado atribui ao sentimento de provocação e em que circunstâncias é que emerge este sentimento. Tento descentralizar a problemática da figura da mãe e tentar com que o G. também se recorde de outros episódios. Portanto que se foque mais no comportamento/acontecimento e não tanto</p>	<p>Patrícia: “ Vejo que noutras situações também te sentiste provocado...” (17) <i>(mantenho comportamento não verbal muito semelhante ao supracitado).</i></p>

			<p>na pessoa envolvida. Fazer resgatar episódios anteriores que sejam passíveis de ser trabalhados durante o internamento.</p> <p>Métodos: Validação. Convite à exploração de outros acontecimentos semelhantes aos vividos com a mãe.</p>	
<p>G.: “Já! Mas é mais a minha mãe!” (18) <i>(novamente mais exaltado e expressivo)</i></p>	(...)	(...)	(...)	(...)

APÊNDICE VII ATIVIDADE “MÍMICA DAS EMOÇÕES”

POPULAÇÃO ALVO: 5 dos 6 jovens que se encontravam internados e presentes no Serviço de Pedopsiquiatria. O pré-adolescente de 11 anos teve dificuldade em manter a atenção/concentração durante a atividade. Apresentou movimentos de aproximação e retirada intermitentes, pelo que não conseguiu participar na atividade. As idades compreendidas variam dos 12 aos 15 anos de idade. 3 dos adolescentes presentes apresentam perturbação do comportamento alimentar, 2 perturbação do comportamento, com episódios de heteroagressividade. Trata-se de um grupo heterogéneo, 2 jovens do género masculino e 3 jovens do género feminino.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora.

OBJETIVOS: Promover a expressão de emoções de sentimentos; Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos; Reconhecer as modalidades pessoais de comunicação através da expressão facial (mímica, olhar), do tom de voz e expressão corporal.

LOCAL DA ATIVIDADE: sala de atividades – no serviço de internamento, no dia 9 de Novembro de 2014.

DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h30min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: MÍMICA DAS EMOÇÕES

	Intervenção	Objetivos	Recursos	Descrição da atividade	Dinamizadores	Tempo
Aquecimento	Recordar as emoções	<p>Promover o primeiro contato entre o grupo e os dinamizadores;</p> <p>Recordar o planeamento da sessão realizado na reunião de 2ªf;</p> <p>Auscultar as expetativas dos adolescentes em torno da atividade;</p> <p>Fomentar a atenção/concentração do grupo;</p> <p>Preparar o grupo para a ação;</p>	<p>Colchões;</p> <p>Folhas em branco;</p> <p>Canetas;</p>	<p>Os colchões encontram-se previamente colocados no chão da sala de atividades, dispostos em círculo;</p> <p>Os adolescentes são convidados a sentarem-se nos colchões de modo a que possam manter o contato visual entre todos eles;</p> <p>É pedido a cada adolescente que escreva na folha em branco (dividida em três pedaços) três emoções que se recordem;</p> <p>Depois, cada adolescente deve colocar as suas “emoções” no centro do círculo. (cada pedaço de papel deve estar dobrado em quatro);</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	15'

Ação	Mímica	<p>Promover a reflexão acerca das emoções que foram escritas;</p> <p>Promover a expressão de emoções de sentimentos;</p> <p>Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos;</p>	<p>Colchões;</p> <p>Papéis com as emoções escritas pelos jovens;</p> <p>Canetas;</p> <p>Papéis em branco,</p>	<p>Cada adolescente retira duas emoções que estão escritas nos pedaços de papel;</p> <p>Através de uma reflexão individual o adolescente deve escolher uma representação mímica para demonstrar ao restante grupo qual a emoção que está escrita no papel;</p> <p>Um a um, deslocam-se até ao centro do círculo e representam a emoção através da mímica;</p> <p>Os restantes adolescentes dispõem de breves instantes para reconhecerem a emoção;</p> <p>Depois, devem escrever na folha de papel em branco qual a emoção que reconheceram no outro (no adolescente que representou através da mímica).</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	30'
------	--------	---	---	---	--	-----

Partilha	Partilha através da palavra	<p>Promover o auto-reconhecimento;</p> <p>Avaliar e promover a partilha de emoções.</p> <p>Promover a discussão em torno da expressão de emoções;</p> <p>Facilitar a congruência grupal acerca da expressão e reconhecimento de emoções e sentimentos.</p>	<p>Colchões;</p> <p>Recortes de papéis com as emoções escritas inicialmente.</p>	<p>Após cada representação mímica dos adolescentes, o grupo reúne-se novamente em círculo;</p> <p>É pedido a cada adolescente que mostre ao restante grupo as duas emoções que retiraram no início da atividade;</p> <p>Cada adolescente partilha com o grupo as anotações que retirou durante a representação dos colegas;</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	30'
----------	-----------------------------	--	--	---	--	-----

Desfecho	<p>Escrita e/ou desenho</p>	<p>Promover a consciência no “aqui e agora” das emoções/cognições que foram emergindo;</p> <p>Facilitar a passagem da discussão das emoções/sentimentos para o contexto atual/real;</p> <p>Facilitar e preparar o grupo para o desfecho da atividade.</p>	<p>Colchões;</p> <p>Papéis em branco;</p>	<p>Nesta fase, é pedido a cada adolescente que possa através da escrita ou desenho a forma como se sentem naquele momento;</p> <p>A utilização dos mediadores expressivos – escrita/palavra, ficam ao critério de cada adolescente;</p> <p>No final da atividade, cada adolescente tem a possibilidade de partilhar com o grupo a forma como se sente naquele momento.</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	15'
-----------------	-------------------------------------	---	---	--	--	-----

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Após o *términus* da sessão importa agora realizar a sua avaliação. Para isso, será fundamental ter em consideração uma avaliação global da sessão, fazendo alusão aos aspetos mais funcionais, realizar breves comentários acerca da minha própria prestação e o meu posicionamento durante a mesma e, fundamentalmente, reconhecer e explanar a participação dos adolescentes.

No seu sentido mais global, o plano da intervenção terapêutica foi satisfatoriamente cumprido. Foi possível realizar todas as intervenções planeadas, as fases descritas foram cumpridas, bem como os tempos previamente delineados. Ainda que o tempo de cada fase não fosse rigidamente cumprido, a atividade teve a duração prevista, de uma hora e meia. As várias fases na atividades foram articuladas de forma harmoniosa, pelo que se pode considerar que não houve qualquer tipo de constrangimento desse ponto de vista.

O espaço da sala de atividades foi bem aproveitado. Embora esta sala tenha sofás, optou-se por se colocar os colchões do “quarto do colchões” no chão, uma vez que poderia ser uma boa estratégia para promover a coesão grupal (proximidade física entre os adolescentes).

A primeira dificuldade por mim sentida, teve que ver com a resistência que um dos jovens apresentou quando foi proposta a atividade. “não vou fazer mímicas das emoções. Não sei fazer isso e isso é um tédio.” (sic).

A resistência em participar nas atividades tem sido algo recorrente nesta criança de 12 anos, pelo que é sempre necessário negociar bastante e recordar a importância de participar nas atividades propostas, como forma de se envolver no seu projeto terapêutico.

Sabíamos à partida que seria difícil que o T.L., menino de 12 anos, conseguisse participar na atividade, mas foi assumido que mesmo que a sua presença fosse ‘intermitente’, não seria recusada a sua participação faseada na atividade.

No início da atividade, abriu-se espaço para que os adolescentes pudesse debater e relembrar os propósitos da mesma, uma vez que ela já tinha sido planeada e negociada no “planeamento da semana”, que acontece todas as 2^{as}, no período da manhã.

4 dos 5 jovens recordavam-se em linhas gerais da atividade e 2 desses jovens revelaram que durante a semana foram pensando acerca do tema “emoções”.

Os jovens sentaram-se nos colchões, com exceção do menino G, que matinha alguma resistência, embora já fosse assumido que participaria na atividade.

Durante toda a atividade, os jovens mantiveram-se sempre com a atenção captável e fixável, sinais evidentes de satisfação, tal como postura descontraída, participativos/interventivos e verdadeiramente espontâneos.

Durante a primeira fase da atividade, os jovens mantiveram-se concentrados. Todos eles escreveram três emoções nos pedaços de papel. Contudo e, podendo também ser considerado sinal de satisfação e de empenho, os jovens propuseram que fosse possível escreverem mais emoções, tantas quanto as que se lembrassem. Introduzida esta nova variante, deu-se aso à criatividade dos adolescentes e permitiu-se que estes também se sentissem responsáveis e ativos pela própria estrutura e delineamento da atividade.

Na fase da ação, os jovens mantiveram-se muito interventivos. Contudo, começaram a emergir as suas primeiras dificuldades. Muitas das emoções por eles descritas e que tinham que representar, eram emoções complexas. Outras palavras que os jovens consideraram como emoções era, por outro lado, cognições, o que vem à partida confirmar o descrito pela bibliografia “surge como aspeto convergente o fato de afigurar-se difícil conceber a emoção sem cognição” (Strongman, 2004). A emoção precede ao sentimento, e este por sua vez está intimamente ligada aos processos cognitivos do indivíduo. Desta forma, foram várias as vezes que os adolescentes solicitaram a ajuda do enfermeiro, primeiro para obterem uma melhor compreensão da emoção que estava escrita no papel e, segundo para serem capazes de integrar esse conhecimento e devolverem ao grupo a emoção subjacente à mímica. Esta aproximação entre a equipa de enfermagem e os adolescentes permitiu criar um clima de confiança que se estendeu para o desenvolvimento de um ambiente securizante no *setting* terapêutico atual.

Cada jovem representou através da mímica duas emoções. Os jovens estiveram sempre muito envolvidos na atividade e muito atentos aos pares.

Expressivos, foi possível compreender que na sua globalidade os jovens conseguiram devolver ao grupo a emoção subjacente à mímica. Nesta fase, o próprio grupo emite outro pedido: que possa, cada um deles, representar pelo menos mais uma emoção através da mímica. Posto isto, a equipa de enfermagem foi unânime na sua decisão e permitiu a entrada de mais uma nova variante. Foi também colocado à consideração do grupo, fazer uma discussão no final da atividade acerca das “emoções” que tinha sido difíceis representar, de forma a ajudar os jovens a clarificar alguns conceitos menos presentes.

Na fase da partilha, foi muito interessante dar-se conta da congruência e consenso existente no grupo. Embora nem todas as representações mímicas fosse acolhidas da mesma maneira por cada adolescente, a verdade é que muitas delas chegaram até aos jovens de forma muito semelhante.

Por ordem, as emoções representadas pelos adolescentes foram:

Jovem G. – Pensativo ; dúvida; (a primeira emoção foi consensual para o grupo)

Jovem A. – Amor; Feliz; (as opiniões dos jovens foram consensuais nestas emoções)

Jovem Br. – Tédio; Ansiedade; (3 jovens reconheceram a emoção ‘tédio’ e ‘ansiedade’. Um dos jovens interpretou a ‘ansiedade’ como ‘desespero’).

Jovem B. – Ansiosa; Calma; (4 adolescentes identificaram a primeira emoção. A emoção ‘calma’ levantou muitas questões no grupo. Contudo, 2 jovens relacionaram a mímica com estados como “descontração” e “em paz”).

Jovem J. – Nervosa; Ansiedade; (levantadas muitas questões pelo grupo. Associam emoções como: raiva; zanga; irritação; “stresse”) – Pensa-se que as dúvidas levantadas possam estar intimamente ligadas a uma dificuldade primária que a J. apresentou em expressar, através da mímica, alguns estados emocionais.

Jovem G. – Raiva; Surpresa; (as opiniões dos jovens foram consensuais nestas emoções)

Jovem A. - Tristeza; (as opiniões dos jovens foram consensuais nestas emoções)

Jovem Br. - Amizade; Medo; (a amizade foi igualmente interpretada como estado de felicidade; a emoção “medo” foi interpretada dessa forma por três jovens. Contudo, um dos jovens interpretou como “dor”)

Jovem B. – Desespero; Frustração; (1 dos jovens identificou as duas emoções; os restantes interpretaram o desespero como “ansiedade” e “preocupação”. A frustração foi identificada por um jovem. Os outros compreenderam como “impaciência” e “nervosismo”.

Jovem J. – Tristeza; Paranóia. (primeira emoção claramente identificada. A “paranóia” foi interpretada como “zanga”; “ansiedade” e “raiva”.

Os constructos posteriormente discutidos foram:

Inveja; Obsessão; Saudade; Nostalgia;

Embora não seja minha intenção realizar uma interpretação pura dos resultados obtidos, é importante fazer referência a alguns aspetos. A ansiedade foi uma das emoções que mais surgiu durante a atividade. Pode ser, à partida, representativo do estado emocional dos jovens que participaram. A tristeza, bem como a irritabilidade/zanga também foram discutidas frequentemente.

Dos resultados e discussão obtidos com os adolescentes, parece ser claro que os estados emocionais considerados de extremo, como a tristeza, zanga e ansiedade foram mais fáceis de expressar e de reconhecer, em detrimento de outros estados considerados menos de extremo que levantaram mais dúvidas.

As emoções positivas como “amor” e “felicidade” foram igualmente identificadas por todos os jovens.

A fase do desfecho da atividade, teve dois momentos distintos. Primeiro, procurou-se realizar um esclarecimento acerca dos constructos supracitados. O método utilizado foi maioritariamente explicativo. Ainda assim, procurou-se dar maior significado a essas palavras, pelo que se pediu que os adolescentes associassem emoções (aproveitando os pedaços de papel feito por eles) às restantes palavras.

À Inveja associaram: “tristeza” e “raiva”; à Obsessão “medo”, “raiva” e “tristeza”; à Saudade e Nostalgia associaram “tristeza”, “amor”, “amizade”.

O último momento, procurei que os jovens mobilizassem as emoções e cognições que foram surgindo ao longo da atividade e que se pudessem remeter para o ‘aqui e agora’, acerca do seu estado emocional.

Serviu como mote a questão “Como te sentes hoje?”

3 jovens recorreram ao desenho para representar o seu estado emocional e 2 recorreram à escrita. Foi um momento de maior introspeção vivido pelos adolescentes. No final, cada um partilhou o seu estado. Emergiram emoções/sentimentos como – tristeza e saudades.

Jovem A. – (desenho): [motivo de internamento Perturbação Comportamento Alimentar] : figura central (ele próprio) a olhar para o relógio. Por cima tem um balão de pensamento onde desenha a família (diz ter saudades) e um calendário onde estão os dias riscados. Assinala o dia 12 que será o dia em que receberá a visita da família. Tem outro balão no canto inferior dto – representação de si próprio, durante um treino de judo. Tem uma bola de aço acorrentada ao pé. Refere sentir-se preso.

Jovem Br. – (desenho): [motivo de internamento Perturbação Comportamento Alimentar] : figura central (ela própria), com lágrimas no rosto (refere tristeza pelo seu estado de saúde e por se encontrar internada). Representa a SNG. Tem vários pensamentos, muitos deles ambivalentes “é para o teu bem, és

forte” ; “não não não” “não vales nada, não deves, não vais”; “porquê?” “tu mereces, és capaz de ser feliz”.

Jovem B. - (desenho): [motivo de internamento Perturbação Comportamento Alimentar] : desenha várias figuras. Vários pontos de interrogação, diz que tem sempre muitas dúvidas e questões na cabeça. O coração partido (que associa à tristeza que sente); desenha um relógio e ao invés de número coloca o símbolo de Kg. desenha um gráfico que representa a evolução em termos de peso. Junto escreve – “arrg!” e “boo”. Desenha figuras pequeninas e muito próximas uma das outras. Desenha uma figura igual mas afastada do grupo. Refere que é assim que se sente (isolamento). Desenha um olho que tem duas lágrimas (representa a sua tristeza).

Jovem G. – (escrita) [motivo de internamento: alterações do comportamento, com agressividade dirigida à mãe] : “Tédio e excitação. Na terça porque me vou embora deste tédio era felicidade.”

Jovem J. (escrita) [motivo de internamento: alterações do comportamento]: “hoje sinto-me calma.”

Curiosamente, dos jovens que participaram e que apresentam como motivo de internamento alterações do comportamento, com períodos de agressividade, partilharam de forma mais superficial “como se sente aqui e agora”.

APÊNDICE VIII – ATIVIDADE “A FORMA COMO COMUNICO”

POPULAÇÃO ALVO: A atividade terapêutica contou com a participação de seis crianças e adolescentes. No total, estavam nove crianças/adolescentes internados, contudo dois desses elementos não reuniram critérios para serem incluídos na atividade, tendo em conta a sua condição clínica. Grupo heterógeno quanto ao género, e relativamente homogéneo quanto à idade dos participantes. Idades compreendidas entre os 13 e 16 anos de idade. 4 dos 7 participantes também estiveram presentes na atividade da semana anterior.

A.O – 15 anos, internado por perturbação do comportamento alimentar (PCA) (participou na discussão inicial acerca do significado atribuído à palavra assertividade. Abandonou a atividade, porque teve entrevista familiar, com a sua médica assistente). S.A – 15 anos, internada por PCA; B. – 14 anos, internada por PCA; J.S – 16 anos, internada por quadro de alterações do comportamento, com menção a agressividade dirigida à mãe. T.A – 13 anos, internado por quadros de alterações do comportamento, agitação psicomotora, com agressividade dirigida a pares, em contexto escolar. C - 15 anos, internada por ideação suicida, maior isolamento social; M.S – 16 anos, internada por ideação suicida, tentativa de suicídio prévia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora.

OBJETIVOS: Desenvolver a capacidade de comunicação; Trabalhar a capacidade de ouvir; Desenvolver a capacidade de argumentação, assertividade e ação sobre situações novas;

LOCAL DA ATIVIDADE: quarto dos colchões – serviço de pedopsiquiatria. A atividade decorreu no dia 13 de Novembro de 2014.

DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h30min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: A FORMA COMO COMUNICO

	Intervenção	Objetivos	Recursos	Descrição da atividade	Dinamizado res	Tempo
Aquecimento	Aquecimento específico – formação de pares para a ação.	<p>Promover a coesão grupal;</p> <p>Promover o trabalho em equipa;</p> <p>Promover momento de descontração;</p> <p>Preparar o grupo para a ação;</p>	<p>Coluna amplificadora de som;</p> <p>Tiras de papel escritas;</p> <p>Fita cola;</p>	<p>Pede a cada jovem que retire um papel e que o guarde, sem que para isso veja o que nele está escrito.</p> <p>(Os papéis têm escritos as palavras: desenho – lápis de cor; sapatos – pés; filme – pipocas; Concerto – guitarra; anel – dedo)</p> <p>Depois de cada jovem escolher um papel, o enfermeiro cola o mesmo nas suas costas;</p> <p>É pedido a cada jovem que leia o que cada um tem escrito nas costas e possa encontrar o seu par, neste caso outro jovem que tenha a palavra que mais se aproxima e se identifica com a sua própria palavra;</p> <p>O jogo termina quando os pares estiverem formados.</p>	<p>Enf^a Susana</p> <p>&</p> <p>Enf^a Patrícia</p>	10'

Ação	Palavra	<p>Desenvolver a comunicação;</p> <p>Trabalhar a capacidade de ouvir;</p> <p>Desenvolver a capacidade de argumentação, assertividade e ação sobre situações novas;</p>	Sem material específico.	<p>Os jovens devem colocar-se frente a frente – em relação aos seus pares;</p> <p>É lançada uma 1ª situação: os elementos dos pares simulam que não se conhecem. Um dos elementos aborda o outro e inicia a conversação. O elemento que foi abordado pode ou não manter a conversa iniciada pelo outro elemento.</p> <p>2ª situação: Um elemento da dupla fecha as mãos, O outro deve, sem nenhum toque físico, persuadir o colega a abrir as mãos;</p> <p>(Pode ser dito o que quiser, qualquer argumentação é válida).</p> <p>Após o <i>términus</i>, procede-se à troca de papéis.</p>	<p>Enfª Susana</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia</p>	30'
------	---------	--	--------------------------	---	--	-----

Partilha	Palavra	<p>Ajudar os adolescentes a darem significado ao que foi realizado e discutido na fase de ação</p> <p>Promover o auto-conhecimento;</p>	Colchões	<p>O grupo reúne-se e forma um círculo;</p> <p>É pedido a cada adolescente que reflita e partilhe com o grupo as estratégias que utilizou para iniciar uma conversa e para persuadir o colega a abrir a mão;</p> <p>Realiza-se convite à exploração dos sentimentos que emergiram aquando das duas situações;</p> <p>Pede-se aos jovens que partilhem os aspetos facilitadores e constrangedores inerentes a ambos os papéis que desempenharam.</p>	<p>Enfª Susana & Enfª Patrícia</p>	30'
----------	---------	---	----------	---	--	-----

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A atividade “A forma como comunico”, decorreu na sala de atividades/convívio, com início pelas 11h30 e o seu *terminus* por volta das 12h45min. O plano de atividades previamente estruturado foi na sua globalidade cumprido. Tendo em consideração a avaliação da atividade número três, houve uma preocupação acrescida em articular harmoniosamente as diversas intervenções respeitantes às três fases – aquecimento, ação e partilha final.

O desenvolvimento de condutas agressivas ao longo da infância e adolescência tem sido alvo de inúmeros estudos que pretendem responder, de forma global, a questões referentes à sua origem e sua manutenção ao longo do ciclo vital (Barros, Silva, 2006). A agressividade *per si*, não constitui uma resposta despropositada, mas sim, uma condição inerente ao ser humano, que o impulsiona a realizar atividades e cumprir metas a que se propõe, nos vários contextos de sua vida.

A evidência revela ainda que crianças e adolescentes agressivos produzem menos soluções verbais e mais respostas não verbais, quando comparados a pessoas não-agressivos (Asarnow, Callan, 1985; Lochman, Lampron, 1986 citado por Barros, Silva, 2006). Em primeira instância, tendem a ter dificuldades em traduzir as suas respostas emocionais, bem como dificuldades quanto a forma como se afirmam perante os outros que os rodeiam. Concretamente, a falta de assertividade pode clarificar os problemas que algumas pessoas apresentavam no relacionamento interpessoal, resultado de um constante condicionamento inibitório da expressão das emoções que conduz a inaptações na vida do indivíduo (Grilo, 2010).

Por assertividade, entende-se a capacidade/habilidade social de expressar os seus direitos, sentimentos e pensamentos, tendo como pedra basilar, o respeito pelo outro. Em 1971, Lazarus definiu assertividade como a capacidade para recusar e elaborar pedidos, pedir favores, expressar sentimentos negativos e positivos e iniciar, continuar e terminar uma conversa comum (Grilo, 2010).

Enquanto competência social, a assertividade assume uma relevância crucial na definição de relações entre indivíduos, pelo que o enfermeiro especialista em

saúde mental, deve promover o seu treino e desenvolvimento. O seu principal objetivo é ajudar o cliente a modificar a forma como se vê a si próprio, melhorar a sua capacidade de afirmação, facilitar a expressão adequada de sentimentos e pensamentos. Entre outras tantas funções, trabalhar a comunicação assertiva, leva a que a criança e adolescente evite conflitos agressivos desnecessários (Alberti, Emmons, 2008 citado por Grilo, 2010)

Deste modo, o planeamento desta atividade terapêutica, assenta nos princípios aqui explanados e pretende melhorar as capacidades comunicacionais das crianças e adolescentes internadas, oferecendo ferramentas concretas a crianças que apresentem dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais e que usam a comunicação agressiva, como método preferencial de comunicação.

O aquecimento teve como objetivo primordial preparar o grupo para a ação, recorrendo-se a um aquecimento inespecífico para que se pudessem formar os pares de trabalho. Este momento particular, constitui um momento de contato inicial entre o grupo e os dinamizadores, onde se criou um clima descontraído e leve. As crianças e adolescentes mostraram a preocupação em ajudarem-se uns aos outros na formação de pares. Evidenciaram sinais de satisfação, principalmente através do seu comportamento não verbal : sorriso fácil e postura corporal descontraída. Quanto aos comentários verbais, as indicações que os adolescentes partilhavam entre si, refletiam o seu envolvimento na atividade, o que deixa transparecer a sua satisfação.

A segunda fase iniciou-se com um breve debate acerca do significado que tinha a palavra assertividade para os adolescentes. Esta intervenção apresentava dois objetivos principais: avaliar o grau de conhecimento dos clientes e promover espaço de discussão acerca da temática que seria trabalhada. Todos os adolescentes referiram já “terem ouvido falar” sobre a assertividade, mas houve, na sua globalidade, alguma dificuldade em traduzir em palavras o seu significado. Ainda assim, resultaram conceitos subjacentes interessantes como: “respeito pelo próximo”, “autenticidade”, “dizer a verdade”, “falar com calma”, “não ser agressivo”.

Notando algumas dificuldades na definição, optei por clarificar de forma sucinta, as diferenças entre uma comunicação passiva, agressiva e assertiva.

Na segunda fase, ação, foi pedido a cada adolescente que se sentasse em frente ao seu par e, através da técnica *role-playing*, simulasse uma “primeira vez que estabeleciam uma conversa com a pessoa que tinham à sua frente.” Para além da potencial dificuldade em iniciar uma conversa, pediu-se aos clientes que escutavam o seu par, que por vezes se mostrassem desatentos. Ao outro elemento, pedia-se que recorrem a estratégias para chamarem a atenção do seu par. Seguem, então, as anotações referentes à terceira fase (partilha de sentimentos)

Jovem S.A – (PCA): estratégias mobilizadas para iniciar comunicação: procura de interesses comuns; procurar o contato visual com seu par nas alturas em que está mais desatento. Mantém postura calma e cordial na abordagem com o colega.

Jovem B. – (PCA): estratégias mobilizadas para iniciar comunicação: questionar o par sobre os seus interesses e evoca o “elogio” como técnica importante; quando o seu par está desatento, procura o contato visual e é capaz de devolver ao mesmo “estás a ouvir-me?”;

Jovem J.S – (alterações do comportamento): desiste facilmente, investe pouco na relação com o seu par. Quando o seu par mostra sinais de distractibilidade, a cliente rapidamente se remete ao silêncio. Dificuldade em mobilizar estratégias para iniciar conversa.

Jovem T.A – (alterações do comportamento): estratégias mobilizadas para iniciar comunicação: procura de interesses comuns. Investido na relação com o seu par, embora se matenha inquieto durante a atividade. Quando se apercebe que o seu par está desatento, reage com alguma frustração e procura a sua atenção através da elevação do tom de voz e aproximação física.

Jovem C - (ideação suicida): estratégias mobilizadas para iniciar comunicação: procura de interesses comuns. Quando o seu par se mostra desatento, procura contato visual e desiste da abordagem.

Jovem M.S – (ideação suicida, tentativa de suicídio prévia): estratégias mobilizadas para iniciar comunicação: procura de interesses comuns e realiza questões para conhecer o par. Contato sempre cordial, postura desontraída, procura igualmente o contato visual. Procura questionar o seu par acerca da atenção dada, quando denota que este está distrátil.

A segunda atividade, teve como finalidade que os adolescentes trabalhassem as capacidades argumentativas. Os pares mantiveram-se iguais.

Jovem S.A – (PCA): quando foi pedido para mobilizar estratégias argumentativas de comunicação, descreve a possibilidade de utilizar o elogio e “palavras cordiais”.

Jovem B. – (PCA): quando foi pedido para mobilizar estratégias argumentativas de comunicação, descreve novamente a possibilidade de utilizar o elogio.

Jovem J.S – (alterações do comportamento): quando foi pedido para mobilizar estratégias argumentativas de comunicação, demonstra pouca capacidade de investimento desistindo com facilidade.

Jovem T.A – (alterações do comportamento): quando o seu par não acede rapidamente ao seu pedido (para abrir as mãos), em primeiro lugar utiliza estratégia adaptativa adequada, com transmite segurança ao par “podes abrir as mãos, eu já fiz o mesmo e não aconteceu nada de mal”; Contudo, quando o seu par volta a negar-lhe a vontade, eleva o tom de voz, fica mais inquieto e procura aproximação física do mesmo.

Jovem C - (ideação suicida): quando foi pedido para mobilizar estratégias argumentativas de comunicação, demonstra clara dificuldade, pois utiliza a informação pessoal que detinha do seu par de forma negativa e em tom de ameaça.

Jovem M.S – (ideação suicida, tentativa de suicídio prévia): quando foi pedido para mobilizar estratégias argumentativas de comunicação, a cliente sente que utilizou a ameaça para conseguir persuadir o seu par. Contudo, esta temática acabou por não ser debatida e resgatada na fase de partilha final. Teria sido proveitoso abordar o porquê da cliente ter sentido isto e os significados inerentes à utilização desta estratégia. O debate em grupo poderia ter sido potencialmente gerador de conhecimentos também para os outros adolescentes.

Por último, importa referir os constrangimentos que os adolescentes referiram estar presente no desempenho dos papéis pedidos:

Unanimamente, o grupo referiu que a maior dificuldade encontrada foi no fato de por vezes não se sentirem ouvidos. Esta condição gerou sentimentos de “tristeza”, “sentir-me encorralada”, “invisível”, “não ouvida”, “ignorada” e “inferior”.

APÊNDICE IX – ATIVIDADE “UMA HISTÓRIA FEITA POR NÓS”

POPULAÇÃO ALVO: Tal como tem sido comum nas atividades anteriores, procurou-se englobar todos os jovens nesta atividade. Neste dia, encontram-se 10 meninos e jovens internados. Contudo, a atividade foi, na sua globalidade, constituída por 5. Logo à partida, tivemos dois jovens que se recusaram participar na atividade. “preciso de estar sozinho” (sic) e “hoje não estou com cabeça para isso.” (sic). Foi tentado negociar com esses jovens, mas mantiveram-se firmes na sua decisão. Na fase de aquecimento, houve um menino de 10 anos que teve que ser excluído, uma vez que se encontrava inquieto e a realizar interrupções constantes na atividade. Foram, portanto, incluídos 5 jovens. 3 jovens de 15 anos, todos com perturbação do comportamento alimentar; 1 jovem de 16 anos com ideação suicida e 1 jovem com 15 anos com quadro de confusão e heteroagressividade dirigida à mãe. Dos 5 participantes, 4 deles estiveram presentes na atividade da semana passada. Trata-se de um grupo heterogéneo, quanto às idades e também ao género.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora.

OBJETIVOS: procura de estratégias adaptativas possíveis de serem utilizadas em situações de tensão emocional; fomentar a utilização de novas possibilidades de atuação nos jovens com sofrimento psíquico.

LOCAL DA ATIVIDADE: quarto dos colchões – serviço de pedopsiquiatria no dia 20 de Novembro de 2014.

DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h10min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: UMA HISTÓRIA FEITA POR NÓS

	Intervenção	Objetivos	Recursos	Descrição da atividade	Dinamizadores	Tempo
Aquecimento	O jogo do telefone	<p>Remeter o grupo para os sentimentos/emoções no 'aqui e no agora';</p> <p>Promover a partilha de sentimentos entre o grupo;</p> <p>Fomentar a atenção/concentração do grupo;</p> <p>Preparar o grupo para a ação;</p>	Colchões;	<p>Os adolescentes são convidados a deitarem-se nos colchões, com a proximidade suficiente entre cada um deles para poderem falar ao ouvido uns dos outros;</p> <p>É pedido a cada adolescente que pense como se sente naquele momento;</p> <p>Depois, o adolescente deve partilhar ao ouvido do colega que se encontra à sua dta, como se sente, utilizando para isso uma única palavra.</p> <p>O colega que acolhe o sentimento deve retê-lo e, quando partilhar com o outro colega o que sente. Deve também verbalizar o sentimento que lhe foi partilhado;</p> <p>O último adolescente deve dizer: "hoje sinto-me.....", verbalizando todos os estados emocionais que foram ditos pelos jovens.</p> <p>No final haverá espaço para recordar os estados emocionais que foram esquecidos ou confundidos na corrente que se formou.</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	10'

Ação	História (partilha oral)	<p>Promover a expressão de sentimentos;</p> <p>Compreender a modalidade de respostas adotadas pelos adolescentes em situações de tensão emocional;</p> <p>Promover o auto-conhecimento nos adolescentes, quanto às suas respostas emocionais/cognitivas em situações de tensão emocional;</p> <p>Promover a coesão grupal;</p>	<p>Colchões;</p> <p>Recortes de imagens/palavras que traduzam estratégias a utilizar em situações de tensão emocional.</p>	<p>No centro, serão colocados os recortes de imagens e palavras soltas;</p> <p>É explicado aos jovens que nesta atividade o objetivo é, todos em conjunto, criamos a história de um jovem e o seu dia-a-dia, lembrando as suas dificuldades. Para isso cada imagem corresponde a uma estratégia que o jovem da história pode utilizar para quando está “em baixo”</p> <p>É pedido a cada jovem que escolha 3 imagens/palavras com que mais se identifique;</p> <p>O enfermeiro dará o mote para o início da história “Era uma vez um menino que se chateou na escola...”</p> <p>Depois, os adolescentes, cada um na sua vez, devem traduzir as imagens que escolheram em palavras...e prosseguir na história que está a ser construída. A história termina quando todos os adolescentes tiverem incluído as 3 palavras ou imagens que escolheram no início;</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	30'
------	-----------------------------	--	--	---	--	-----

		<p>Fomentar a utilização de estratégias mais adaptativas em situações de tensão emocional;</p> <p>Promover o auto-reconhecimento.</p>		<p>Na segunda fase, é colocado à consideração do grupo, a possibilidade de re-criar a história, oferecendo a possibilidade de utilizar outras estratégias que possam ser mais adaptativas em situações de tensão emocional;</p>		
--	--	---	--	---	--	--

Partilha	Palavra	<p>Promover a consciência no “aqui e agora” das emoções/cognições que foram emergindo;</p> <p>Ajudar os adolescentes a darem significado ao que foi realizado e discutido na fase de ação;</p> <p>Facilitar e preparar o grupo para o desfecho da atividade.</p>	Colchões;	<p>Discussão em grupo: o enfermeiro pergunta quais as grandes diferença entre o personagem da primeira e segunda história;</p> <p>É pedido a cada jovem que possa partilhar com que história se identifica mais;</p> <p>Numa palavra, devem descrevem como se sente e como foi a sessão.</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	20'
----------	---------	--	-----------	--	--	-----

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A atividade “Uma história feita por nós”, decorreu no quarto dos colchões, com início pelas 11h30 e o seu *terminus* por volta das 12h45.

Nas atividades terapêuticas realizadas, tem-se preconizado que haja um fio condutor entre as mesmas, pelo que têm sido sempre delineadas tendo em conta os novos elementos que vão surgindo em cada sessão anterior. Contudo, é importante oferecer algum sentido de novidade, re-criação e re-começo em cada sessão, uma vez que se trata de um grupo aberto. Desta maneira, é importante que os novos adolescentes possam sentir que existe um trabalho já realizado mas que a sua participação não estará à partida condicionada.

O plano de atividades previamente estruturado foi na sua globalidade cumprido, sendo que alguns elementos e momentos foram modificados de acordo com o que foi emergindo durante a sessão.

A fase inicial da atividade foi concretizada com alguma dificuldade, uma vez que o T.M, o menino de 10 anos, acabou por se mostrar inquieto e com dificuldade em concentrar-se e aderir à atividade proposta. Após a sua retirada, o grupo esteve mais envolvido na atividade. Todos os jovens partilharam e acolheram os sentimentos uns dos outros. Mostraram-se preocupados em conseguirem-se lembrar de tudo o que foi dito e revelaram preocupação em não quebrar a “corrente de sentimentos criados”. No final, foram resgatados os estados emocionais que tinham sido esquecidos e foi pedido a cada jovem que partilhasse com o grupo, qual o estado emocional que tinham partilhado em ‘segredo’ com o colega.

Após discussão com a enfermeira orientadora, algumas questões emergiram: que sentido dado a este momento? que articulação é possível fazer entre esta atividade de aquecimento e a atividade realizada na ação? Desta reflexão, foi também possível compreender a importância em favorecer o aparecimento de novos dados que possam eventualmente serem trabalhados. Isto é, fará sentido permitir que novos elementos possam surgir se assumirmos que podemos trabalhá-los. E portanto, poderá pensar-se que os estados emocionais que foram partilhados, acabaram por ficar “suspensos no ar” e acabaram por não serem

trabalhados com o grupo. É então legítimo pensar: que sentido terapêutico teve esta fase de aquecimento?

Embora compreenda e tenha sentido que o jogo proposto tenha sido facilitador para promover a coesão grupal, é certo também que corri alguns riscos: que representação farão os jovens dos sentimentos que foram esquecidos e perdidos na corrente criada? Foram unicamente palavras que não foram retidas ou foram estados emocionais perdidos? Colocando-me na posição do jovem, poderia ter pensado: eles esqueceram-se de mim? O meu sentimento não foi importante?

É de pensar que talvez a atividade proposta como fase de aquecimento poderia ter constituído uma única sessão e aí sim, teria sido possível trabalhar com o que foi surgindo. Mas aqui, levanto eu outra questão: qual a minha capacidade para trabalhar com o imprevisível e com dados que emergem no “aqui e no agora”?

Relativamente à sessão propriamente dita, ‘fase de ação’, foram colocadas as imagens no centro do grupo. Quando foi pedido aos jovens para retirarem estratégias com que se identificassem em situações de stresse e “alturas em que me sinto em baixo, zangado”, foi curioso compreender que as jovens que apresentam perturbação do comportamento alimentar, apresentam menor acesso a estratégias positivas e referem-se, na sua grande maioria, a estados emocionais. Em 9 imagens escolhidas por estas jovens, apenas duas faziam referências a estratégias positivas, nomeadamente a possibilidade de recorrer à família, ou estratégias de distração, como ouvir música. As restantes imagens correspondiam a estratégias de isolamento; sentimentos de: embaraço, descontrolo, zanga, confusão, culpa e frustração.

A expressão da agressividade nestas adolescentes verifica-se com uma tendência de fora para dentro, ou seja, através de comportamentos geradores de um sofrimento centrado nelas próprias. Trata-se de um tipo de agressividade mais latente, embora igualmente promotor de grande sofrimento psíquico.

O restante grupo identificou como estratégias positivas: recorrer a irmãos mais velhos, dormir e estratégias de distração como: ouvir música, realizar desporto e ler.

Como cada jovem retirou 3 imagens/palavras, a história encadeada passou três vezes por cada um deles. Na primeira vez, o curso da história fazia referência a um menino que apresentava muitas dificuldades aquando de um conflito vivido na

escola. Na segunda vez que cada adolescente foi chamado a participar, o decurso da história mudou, sendo que os próprios adolescentes fizeram com que o personagem da história desenvolvesse estratégias para resolver o seu conflito, passando a história de uma fase mais negativa para uma fase progressivamente mais positiva.

Os adolescentes estiveram muito envolvidos na ação, a respeitar os *timings* de cada um e preocupados em dar continuidade à história contada por cada colega. Ficou patente algumas dificuldades destes adolescentes, principalmente em situações de maior tensão, onde por vezes e, citando um adolescente, “fica tudo confuso na nossa cabeça.” (sic).

No segundo momento da ação, deu-se a possibilidade dos adolescentes poderem modificar a história. O simbolismo inerente a este recurso remota à possibilidade do adolescente poder re-criar novas possibilidades, algo que está subjacente às atividades terapêuticas: poder mudar, poder dar um novo rumo, um novo sentido ao evento, saber que existe a possibilidade de fazer diferente. Desse modo, pôs-se à consideração do grupo “Se pudessem mudar o rumo da história do Mauro [personagem criada pelos adolescentes], que estratégias lhe ofereciam para que ele possa ultrapassar o momento menos positivo?”. O grupo foi preemptório na decisão, a maior parte dos adolescentes recorreram a novas estratégias, retirando novas imagens/palavras. A adolescente que na fase anterior tinha apresentado estratégias positivas, reiterou a sua vontade em mantê-las. Mas as que apresentaram estratégias mais frágeis, apresentaram depois outras soluções: 3 passavam por ouvir música e 4 passavam por pedir ajuda e poder falar com outras pessoas.

Na fase da partilha, foram discutidas as estratégias evocadas pelos jovens, facilitando a compreensão de que as estratégias são únicas e pessoais. Algumas passam por estratégias mais individuais e outras podem envolver a ajuda de terceiros.

Uma vez que a estratégia de pedir ajuda e poder falar com outras pessoas foram muito evocadas, teria sido importante aprofundar as perceções/pensamentos dos adolescentes acerca desta questão, também como teria sido relevante remeter esta estratégia como ferramenta essencial a ser utilizada no internamento.

Os adolescentes partilharam que se identificaram mais com a primeira história, em que o personagem apresenta ainda dificuldades na resolução de problemas. Neste momento, foi oferecido reforço positivo, evocando a mudança positiva que o grupo mostrou no decorrer da segunda história. 4 dos 5 adolescentes referiram que se pudessem escolher, queriam “fazer parte” da segunda história, em detrimento da primeira. Poder-se-á pensar no reflexo de alguma crítica para as suas [dos adolescentes] dificuldades atuais?

No final, foi pedido para cada adolescente para descrever, numa palavra, aquilo que a atividade representou para si. As palavras partilhadas foram: engraçado, tristeza, não sei, esclarecedor e revelador.

APÊNDICE X – ATIVIDADE “RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON”

POPULAÇÃO ALVO: Na primeira sessão estiveram presentes 6 jovens. As idades compreendidas variam dos 11 aos 16 anos de idade. 3 dos adolescentes presentes apresentam perturbação do comportamento alimentar, 3 perturbação do comportamento, com episódios de heteroagressividade, um dos quais com comorbilidade perturbação do espectro do autismo. Trata-se de um grupo heterogéneo, 3 jovens do género masculino e 3 jovens do género feminino.

Na segunda sessão estiveram presentes 5 jovens, As idades compreendidas variam dos 11 aos 15 anos de idade. 3 dos adolescentes presentes apresentam perturbação do comportamento alimentar, 2 perturbação do comportamento, com episódios de heteroagressividade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora.

OBJETIVOS: Fomentar a consciencialização das tensões corporais e emocionais; Reduzir as tensões e sofrimento psíquico através da indução de um estado de calma; Promover expressão de sentimentos.

LOCAL DA ATIVIDADE: sala de atividades – no serviço de internamento, no dia 1 de Dezembro 2015.

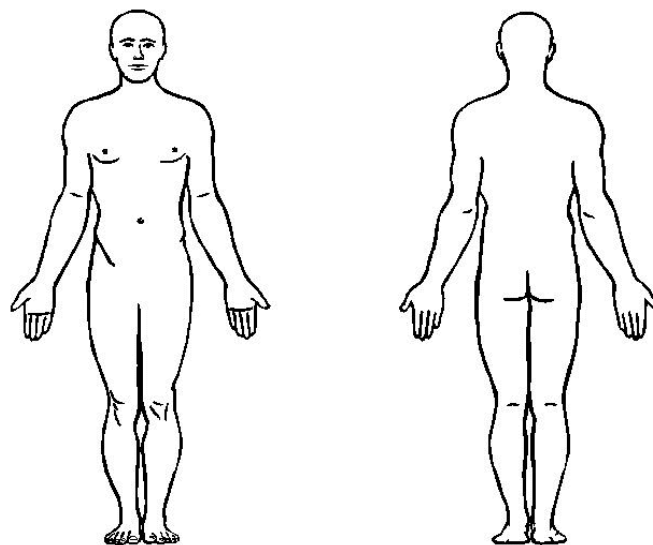
DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h30min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON – MODELO ADAPTADO

O relaxamento muscular progressivo permite à pessoa/cliente reconhecer quando se encontra excessivamente tensa e tem como objetivo instruir para relaxar, reduzindo, desta forma, o nível de ansiedade. O relaxamento progressivo de Jacobson permite aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos, permitindo que a pessoa possa estar atenta às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a constatar as sensações associadas a estes dois estados.

Nesta sessão, o foco da intervenção incorreu sobre a aprendizagem do adolescente que procura avaliar as suas próprias tensões para posteriormente relaxá-las. Ao trabalhar as suas perceções cinestésicas, o mesmo saberá discriminar a redução ou aumento das tensões.

O início das duas sessões programadas, **fase de aquecimento**, contou com uma explicação sumária acerca do relaxamento progressivo de Jacobson. Posteriormente, explicaram-se os objetivos da sessão e foi distribuída uma folha com o corpo humano desenhado para os jovens poderem assinalar, antes do relaxamento, as zonas de tensão, com caneta vermelha.



1ª sessão – zonas de tensão evocadas pelos adolescentes:

Jovem B. (perturbação do comportamento alimentar): joelhos, ombros, região frontal da cabeça.

Jovem B. (perturbação do comportamento alimentar): ombros, terço superior dos membros inferiores direitos.

Jovem S. (perturbação do comportamento alimentar): região cervical, região abdominal.

Jovem T. (alterações do comportamento, episódios de hteroagressividade): ombros, mãos e membros superiores, pés.

Jovem T. (alterações do comportamento, episódios de hteroagressividade): membros inferiores, região lombar, ombros.

Jovem J. (alterações do comportamento, episódios de hteroagressividade): joelhos, terço superior dos membros inferiores, região frontal da cabeça.

2ª sessão - zonas de tensão evocadas pelos adolescentes:

Jovem B. (perturbação do comportamento alimentar): joelhos, ombros, membros superiores.

Jovem S.P. (perturbação do comportamento alimentar): ombros, terço superior dos membros inferiores direitos.

Jovem R. (perturbação do comportamento alimentar): face (região mandibular), antebraços direito e esquerdo, região abdominal, articulações tibio-társica direita e esquerda.

Jovem T. (alterações do comportamento, episódios de hteroagressividade): cabeça, região cervical, antebraços e pés.

Jovem A. S. (alterações do comportamento, episódios de hteroagressividade): região tórax, membros inferiores e antebraços.

A **Fase de ação** decorre da seguinte forma: indução de estado de calma, com preparação de ambiente tranquilo, sem ruídos e luminosidade diminuída. Colocação

de música de relaxamento. Contração e descontração dos seguintes grupos musculares. Contração de 10 segundos, seguidos de 30 segundos de descontração.

Relaxamento progressivo de Jacobson
Mão e antebraço direito + Membro superior direito
Mão e antebraço esquerdo + Membro superior esquerdo
Região frontal + Parte central da face + Parte inferior da face + Pescoço
Região tórax + região escapulo-umeral + Região abdominal
Membro inferior direito (terço superior) + Membro inferior direito (terço inferior) + pé direito
Membro inferior esquerdo (terço superior) + Membro inferior direito (terço inferior) + pé esquerdo

O exercício repetiu-se por duas vezes, para cada grupo muscular. No final da contração e descontração muscular, associou-se a técnica de imaginação guiada, frequentemente utilizadas nas sessões de relaxamento realizadas pelos enfermeiros do serviço. Esta técnica recorre a imagens mentais. O adolescente deve procurar uma imagem da natureza e mover-se nele, reparando particularmente no conteúdo sensorial. Esta é considerada uma técnica eficaz para diminuir o nível de stresse e ansiedade.

“Mantém-te numa posição confortável e com os olhos fechados...à medida que o teu corpo está cada vez mais relaxada, a tua mente também estará mais liberta de pensamento. Está atento às sensações do teu corpo....imagina-te num local que te é mais confortável...sente o teu corpo relaxado, calmo, liberto de toda a tensão, nada te perturba. Explora o que está à tua volta. Cheiros, cores, com quem estás.... Explora o ambiente o tempo que precisares....

Calmamente volta para este lugar....agora mais tranquilo. Começa a sentir lentamente as tuas pernas, os teus braços.... e lentamente, muito lentamente, vai abrindo os olhos.... regressa ao local onde estás....”

Na **Fase da partilha** todos os jovens referiram sentimentos de bem-estar aquando da atividade. Nesta fase é essencial que se proceda à avaliação,

analisando as experiências subjetivas da pessoa ao nível do grau de relaxamento conseguido. Os adolescentes foram verbalizando palavras como “calma” ; “serenidade”; diminuição da “angústia”; o “corpo mais relaxado”; “bem estar”; “sinto-me em paz” (sic). Relativamente ao local que escolheram durante a imaginação guiada, os adolescentes escolheram preferencialmente locais como jardins com flores e praias, como o “porto seguro”. Apenas dois jovens se projetaram nesses locais, sós, os restantes adolescentes verbalizaram com frequência estarem acompanhados, por amigos, mas especialmente pela família, com enfoque para os pais. Nesta fase, realizou-se a avaliação da sessão de forma objetivo, recorrendo novamente às folhas que tinham representados os contornos do corpo humano. Na avaliação, os jovens assinalaram as zonas do corpo em que houve alívio da tensão, com caneta verde. Não só as zonas que tinham sido assinaladas como de tensão sofreram um alívio, mas também outras regiões corporais. A adolescente S. (perturbação do comportamento alimentar), referiu que apenas não conseguiu aliviar a tensão presente na região abdominal.

Nas sessões realizadas, o jovem T. adormeceu na parte final, bem como as jovens S. e B que descrevem estados pseudo oníricos, em ambas as sessões.

APÊNDICE XI – ATIVIDADE “ESTAR EM RELAÇÃO/OS MEUS MEDOS”

POPULAÇÃO ALVO: Encontravam-se neste momento 8 jovens internados. Dos 8 jovens internados, foi possível que participassem 5. Um dos jovens encontrava-se de licença de ensaio e os outros dois jovens não reuniam condições clínicas para poderem participar. Um das jovens, de 16 anos, com diagnóstico médico de perturbação do comportamento alimentar, tinha indicação para repouso total no leito. O outro jovem de 12 anos, com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, não foi englobado tendo em conta os objetivos da atividade.

Foram, portanto, incluídos 5 jovens. 3 jovens de 15 anos, com perturbação do comportamento alimentar; 1 jovem de 14 anos com motivo de internamento tentativa de suicídio e 1 jovem com 13 anos com quadro de alterações do comportamento com heteroagressividade dirigida aos pais.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Jovens com agitação psicomotora e debilidade cognitiva.

OBJETIVOS: Promover auto-consciência de padrões e esquemas cognitivos disfuncionais – inerentes ao tema “relações sociais”; Facilitar a reinterpretação dos elementos que gerem emoções negativas, através do pensamento idiossincrático.

LOCAL DA ATIVIDADE: sala de convívio – serviço de pedopsiquiatria, no dia 4 de Dezembro de 2014.

DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h30min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: ESTAR EM RELAÇÃO – OS MEUS MEDOS

	Intervenção	Objetivos	Recursos	Descrição da atividade	Dinamizadores	Tempo
Aquecimento	Aquecimento específico – resgate de sentimentos positivos inerentes às relações sociais	<p>Promover a coesão grupal;</p> <p>Promover o resgate de sentimentos positivos inerentes às relações sociais;</p> <p>Fomentar a importância de estar em relação;</p> <p>Preparação para a ação.</p>	<p>Papéis;</p> <p>Canetas;</p>	<p>Os jovens serão convidados a sentarem-se nos colchões, em círculo;</p> <p>Depois de se explicar os objetivos da atividade, pede-se a cada jovem que pense acerca da coisa mais importante que advém das relações que estabelecem (relações sociais);</p> <p>Posteriormente, cada jovem partilha com o grupo o que entende ser, para si, a coisa mais importante.</p> <p>Os dinamizadores reforçam a importância das relações sociais e nos sentimentos positivos que advém das mesmas. Nesta continuidade, introduz o tema “as relações, todavia, podem assustar-nos e, por vezes temos preocupações e medos....” [ligação com a fase de ação].</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	15'

Ação	reestruturação cognitiva	<p>Promover auto-consciência de padrões e esquemas cognitivos disfuncionais – inerentes ao tema “relações sociais”;</p> <p>Facilitar a reinterpretação dos elementos que gerem emoções negativas.</p>	<p>Cada adolescente utiliza o mediador que lhe for mais confortável;</p> <p>Desenho, escrita, barro....</p>	<p>É proposto aos jovens que pensem acerca das preocupações/medos que emergem das relações sociais estabelecidas;</p> <p>Cada jovem utilizará o mediador que lhe for mais confortável;</p> <p>Depois, será distribuído uma grelha, que contém 2 tabelas (<i>vide</i> página seguinte) –Utilizando esta grelha devem avaliar de 0 a 10: “Gravidade se os meus medos acontecerem”; Na tabela 2 – avaliam de 0 a 10 a “Probabilidade dos meus medos acontecerem”;</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	30'
------	--------------------------	---	---	--	--	-----

Partilha	Palavra	<p>Promover auto-consciência de padrões e esquemas de funcionamento disfuncionais – inerentes ao tema “relações sociais”;</p> <p>Facilitar a reinterpretação dos elementos que geram emoções negativas</p>	Colchões	<p>O grupo reúne-se e forma um círculo;</p> <p>Cada jovem deverá apresentar a sua “Lista de medos”; Depois fará o balanço de quantos medos têm pontuação igual ou superior a 5.</p> <p>É discutido com os jovens, usando raciocínio socrático, os medos que apresentam maior gravidade são, à priori, menos prováveis de acontecerem.</p> <p>Na fase final, é novamente resgatado os sentimentos positivos que advém das relações sociais: para isso pede-se a cada adolescente que possa oferecer ao seu par, a “coisa mais importante para mim nas relações sociais”.</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	30'
----------	---------	--	----------	---	--	-----

Grelha de avaliação: “Gravidade se os meus medos acontecerem” e “Probabilidade dos meus medos acontecerem”;

OS MEUS MEDOS	DE 0 A 10 (GRAVIDADE SE OS MEUS MEDOS ACONTECEREM)	DE 0 A 10 (PROBABILIDADE DESSES MEDOS ACONTECEREM)

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A atividade “Estar em relação – os meus medos”, decorreu na sala de atividades/convívio, com início pelas 14h e o seu *terminus* por volta das 15h30min. O plano de atividades previamente estruturado foi na sua globalidade cumprido, embora houvesse necessidade de fazer algumas reestruturações durante o aquecimento específico. O plano da sessão foi estruturado e realizado de acordo com a metodologia: “aquecimento inespecífico/específico; fase de ação; partilha final”. O aquecimento teve como objetivo primordial preparar o grupo para a ação, recorrendo-se a um aquecimento específico cuja finalidade foi preparar o grupo para a discussão sobre o tema das relações sociais, os aspetos positivos e negativos que daí possam advir. Nesta fase, levantaram-se algumas dúvidas acerca do que é considerado relação social. Perguntas como “as relações que temos com os nossos pais, também são consideradas sociais?” (sic) “as relações familiares

são mais íntimas do que as relações sociais, não é?” Os jovens, bastante atentos, foram aferindo entre o grupo as “balizas” que definiam as relações sociais, abrindo-se espaço para uma discussão interessante sobre a intimidade, afetos nas relações estabelecidas entre os jovens e como se estabelece a interação entre jovens/pares e jovens/família. No início tinha proposto aos adolescentes poderem refletir apenas acerca das relações sociais. Todavia, começou a parecer-me redutor falar apenas das relações sociais, uma vez que, muitos dos jovens internados também apresentam dificuldade em se relacionarem com a sua família, muitas vezes concretamente com os seus pais. Assim, alargou-se a reflexão para “pontos positivos e negativos que advêm das relações que estabelecemos”.

Sobre os aspetos positivos que advêm das relações que estabelecem, os jovens referiram: “cooperação/ajuda mútua” ; “a capacidade das pessoas se puderem entre-ajudar, porque sem ajuda não se chega tão longe” (sic), referiu o A. O G., por sua vez, refere que as relações entre as pessoas são importantes porque remetem para “partilha de conhecimentos” (sic). Outros jovens remetem-se para sentimentos como a confiança e o fato das relações serem fundamentais para poderem estabelecer ligações/alianças seguras.

Nesta altura da sessão tinha pensado em introduzir um mediador expressivo como o desenho, escrita ou barro para que os jovens pudessem fazer emergir os seus medos. Contudo, não me fez sentido, uma vez que o iriam fazer através do preenchimento da tabela acima exposta.

Os fundamentos desta atividade tem por base pressupostos da reestruturação cognitiva, baseada na terapia cognitivo-comportamental, e os objetivos principais da mesma foram: promover auto-consciência de padrões e esquemas cognitivos disfuncionais e facilitar a re-interpretação dos elementos que gerem emoções negativas.

A Terapia cognitivo-comportamental reinterpreta os elementos que geram emoção negativa. Assim, parte do pressuposto que não é a situação que determina as emoções e comportamentos da pessoa, mas sim a interpretação que a mesma faz a respeito dessa situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar informação.

Desta forma, a reestruturação cognitiva refere-se à reformulação do sistema de esquemas e crenças da pessoa, através de intervenções, tais como

pensamento socrático, com o objetivo de estimular esquemas e crenças que se encontram atualmente disfuncionais e, por este motivo, tornaram-se rígidos e generalizados, ao longo do desenvolvimento da pessoa.

No que respeita à agressividade e as suas diferentes formas de expressão na criança e adolescente representam um problema de saúde pública de grande magnitude. Independentemente da forma como esta se expressa, a sua configuração remete-se para três dimensões globais: comportamental, emocional e cognitiva. Concretamente pela via cognitiva, as crianças e adolescentes, apresentam crenças vincadas do seu meio envolvente: em comparação com outros indivíduos não agressivos, a criança e adolescente tendem a atribuir mais intenções hostis e percecionam o ambiente como mais perigoso. Para além disso, mostram-se hipervigilantes, sobrestimam a hostilidade alheia e parecem também subestimar a sua própria agressividade, revelando uma percepção diminuída dos seus próprios comportamentos (Barros, Silva, 2006).

No decorrer da fase de ação, o grupo pareceu-me bastante atento e envolvido na atividade. Foi distribuído a tabela e pedido a cada jovem que pudesse escrever a lista dos seus medos e depois pontuá-los/avaliá-los (na primeira grelha) de 0 a 10 “Gravidade se os meus medos acontecerem”. Na segunda grelha constava nova avaliação de 0 a 10, onde indicava a “probabilidade dos meus medos acontecerem”.

Seguem as anotações referentes às grelhas preenchidas pelos jovens:

Jovem B. – (Perturbação do comportamento alimentar):

Lista dos medos	Gravidade	Probabilidade
Medo de ser traída	5	5
Medo de ser abandonada	9	2
Medo de não ter amigos	4	3
Medo de não gostarem de mim	7	5

Jovem G. - (Perturbação do comportamento alimentar):

Lista dos medos	Gravidade	Probabilidade
Medo de ser abandonado	8	3
Medo de não ter confiança	6	5
Medo de não ser compreendido	6	6

Jovem A. (Perturbação do comportamento alimentar):

Lista dos medos	Gravidade	Probabilidade
Medo de não confiar	9	7
Medo de não ser compreendido	6	5
Medo de desiludir os outros	7	8

Jovem I.B. (Tentativa de suicídio):

Lista dos medos	Gravidade	Probabilidade
Medo de ser posto de parte	5	5
Medo da traição	7	5

Jovem I.S. (Quadro de alterações do comportamento. Heteroagressividade dirigida pais)

Lista dos medos	Gravidade	Probabilidade
Medo que não dure para sempre	8	3
Medo de ficar sozinha	9	4
Medo da pessoa não confiar/eu não confiar também	7	6
Medo da mentira	9	5

Depois dos adolescentes terem preenchido as tabelas, abriu-se espaço para a discussão. Nesta fase, nenhum adolescente recusou partilhar com o grupo os seus medos. À medida que evocavam os medos, referiam-se à gravidade se os mesmos acontecessem e a sua probabilidade. Todos os jovens deram-se conta que muitos dos seus medos eram comuns entre eles.

Após esta partilha inicial, trabalhei o emergente grupal, os medos comuns como “não ter confiança” “ser traído” e ser “abandonado” e “não compreendido”. Relativamente ao medo de não sentirem confiança e medo de ser traído associaram maioritariamente às relações estabelecidas com os seus pares. Relativamente aos medos de “ser abandonado” e “não ser compreendido” associaram às relações com os pais, referindo que muitas vezes nas fases de desenvolvimento em que se encontram, não sentem que os pais os compreendam na totalidade.

Na fase da discussão foi pedido a todos os jovens que pudessem olhar atentamente para as suas tabelas e compreender, de acordo com avaliação realizada, quais eram os medos mais graves que tinham. Posteriormente, através do recurso ao pensamento socrático, pediu-se aos jovens que pudessem verificar que os medos pontuados com 7, 8 ou 9 era efetivamente os medos que teriam igualmente a pontuação mais baixa no que se refere à sua probabilidade de acontecerem. O recurso ao pensamento socrático revelou-se extremamente eficaz e importante. As primeiras reações (expressão facial) dos adolescentes foi de alguma surpresa, passando posteriormente para um facies revelador de tranquilidade e alívio. Em conjunto com estes jovens foi possível discutir exatamente que nem sempre as crenças e os pensamentos, neste caso os medos que têm, são tão prováveis de acontecerem. Os jovens foram acrescentando “visto desta forma, é tranquilizador, porque sei que afinal é difícil alguém me abandonar” (sic). (refere o jovem G.) “parece que os meus medos se tornaram menos reais” (sic) (refere a jovem B.) “Assim não tenho que ter tanto medo porque sei que não vão acontecer ou se acontecerem não é tão grave quanto eu pensava” (sic).

Na fase da discussão fui levantado algumas questões aos adolescentes, com recurso ao pensamento/questões socráticas. “porque razão estes medos

acontecem? Quais são os piores, melhores, suportáveis e resultados mais realistas? Que efeito têm pensar nos vossos medos, desta forma?”

Foi de fato muito interessante todos os jovens darem-se conta da discrepância existente nas avaliações realizadas entre a gravidade e probabilidade e conseguirem verbalizar que este tipo de pensamento “rígido” lhes provoca angústica e sofrimento psíquico. Desta forma, abriu-se possibilidade de flexibilizar o pensamento e pensar em estratégias diferentes de atuação, perante crenças que os jovens apresentam que emergem do estabelecimento de relações entre pares e familiares.

APÊNDICE XII – ATIVIDADE “RECONHEÇO-ME E RECONHEÇO-TE”

POPULAÇÃO ALVO: 7 dos 9 jovens que se encontravam internados no Serviço de Pedopsiquiatria. As idades compreendidas variam dos 12 aos 16 anos de idade. 3 dos adolescentes presentes apresentam perturbação do comportamento alimentar, 3 adolescentes com perturbação do comportamento, com episódios de heteroagressividade e 1 adolescente que dá entrada no serviço por tentativa de suicídio. Trata-se de um grupo heterogéneo, 3 jovens do género feminino e 4 jovens do género masculino.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora.

OBJETIVOS: Promover a expressão de emoções de sentimentos; Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos; Reconhecer as modalidades pessoais de comunicação através da expressão facial (mímica, olhar), do tom de voz e expressão corporal.

LOCAL DA ATIVIDADE: sala de atividades – no serviço de internamento, no dia 15 de Dezembro de 2014.

DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h30min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: RECONHEÇO-ME E RECONHEÇO-TE

	Intervenção	Objetivos	Recursos	Descrição da atividade	Dinamizado res	Tempo
Aquecimento	Aquecimento inespecífico – Desenho	<p>Compreender as expetativas do grupo em relação ao tipo de trabalho a desenvolver;</p> <p>Verificar a disponibilidade interna de cada adolescente para a atividade;</p> <p>Preparar o grupo para a atividade.</p>	<p>Folhas em branco;</p> <p>Canetas e lápis de cor;</p> <p>Colchões;</p>	<p>Os colchões encontram-se previamente dispostos no chão, de modo a formar um círculo;</p> <p>É distribuído uma folha de papel a cada adolescente e lápis de cor;</p> <p>É pedido a cada adolescente que contorne na folha de papel a sua mão direito e esquerda;</p> <p>Solicita-se que após o desenho, cada adolescente escreva num dos contornos da mão (esquerda ou direita) as suas expetativas em relação à atividade;</p> <p>É solicitado ao adolescente que guarde os seus contornos (desenhos) para serem completados e discutidos no final da atividade.</p>	<p>Enf^a Susana</p> <p>&</p> <p>Enf^a Patrícia</p>	15'

Ação	Movimento e Palavra	<p>Reconhecer as modalidades pessoais de comunicação através da expressão facial (mímica, olhar), do tom de voz e expressão corporal;</p> <p>Reconhecer as emoções sentidas aquando da relação estabelecida com o outro;</p> <p>Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos;</p>	<p>Folhas;</p> <p>Canetas;</p> <p>Folhas com as emoções escritas;</p> <p>Colchões.</p>	<p>O enfermeiro indica, em privado, a cada adolescente, a emoção que deverá expressar numa conversa banal.</p> <p>Antes de iniciar esta fase, o enfermeiro deve reforçar que o conteúdo da conversação não é importante. Interessa somente os modos de expressão.</p> <p>Enquanto cada adolescente faz a sua representação, o grupo vai anotando o tipo de emoção expressa (tom de voz, expressão do olhar e expressão corporal).</p> <p>Cada adolescente deve retirar notas acerca do que sentiu quando o colega fez a representação.</p>	<p>Enf^a Susana & Enf^a Patrícia</p>	45'
------	----------------------------	---	--	--	--	-----

Partilha	Palavra	<p>Promover o auto-reconhecimento;</p> <p>Avaliar e promover a partilha de emoções;</p> <p>Dar significado à atividade terapêutica;</p>	<p>Desenhos com contornos das mãos;</p> <p>Canetas;</p> <p>Colchões.</p>	<p>Após a ação os adolescentes, o grupo reúne-se novamente em círculo;</p> <p>Nesta fase, os adolescentes terão que preencher os contornos da mão que se encontram em branco, com o significado que a atividade teve para si;</p> <p>No final, cada adolescente partilha com o grupo o que escreveu na mão direita e esquerda (expetativas e ganhos adquiridos na sessão);</p> <p>É igualmente pedido a cada adolescente que partilhe como se sentiu perante a representação do resto do grupo;</p> <p>Facilitar e preparar o grupo para o desfecho da atividade.</p>	<p>Enfª Susana</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia</p>	30'
-----------------	---------	---	--	---	--	-----

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A atividade “reconheço-me e reconheço-te”, decorreu de acordo com plano de atividades previamente estruturado. Mantive a metodologia utilizada no que concerne ao planeamento de sessões, com “aquecimento inespecífico/específico; fase de ação; partilha final”. Os objetivos desta atividade foram: Reconhecer as emoções sentidas aquando da relação estabelecida com o outro; Promover a capacidade de reconhecer as emoções/sentimentos.

Nesta sessão procurei trabalhar as dimensões emocional, cognitiva e comportamental, ligadas aos fenómenos de agressividade. Sabe-se, como tem sido patente ao longo do relatório, que os jovens com comportamentos agressivos apresentam maior dificuldade em compreender as suas emoções e também a dos outros. Por estivo motivo, são menos perspicazes a compreenderem os sentimentos e emoções subjacentes às palavras e comportamentos das pessoas com quem interagem. Assim, esta atividade reveste-se de extrema importância, uma vez que prevejo que possa servir como instrumento para habilitar os adolescentes a compreenderem melhor o que sentem, aquando das emoções partilhadas durante as relações que estabelecem. No fundo, pretende-se que se possa fomentar a capacidade de auto-conhecimento.

Nesta sessão, optei por realizar um aquecimento inespecífico e surgiram-me algumas dúvidas quanto à congruência e adequação com a fase de ação. Esta opção prendeu-se com algumas dificuldades que tenho sentido na realização das avaliações anteriores. Os dados obtidos são subjetivos e por vezes são difíceis de interpretar. Por esse motivo, escolhi um aquecimento que, no fundo, me pudesse auxiliar na avaliação da sessão, procurando auscultar quais as expectativas dos clientes para esta sessão e, no fim, poder compreender se corresponderam e quais foram as mais-valias das atividades para cada jovem.

Os jovens foram retorquindo: “poder perceber-me melhor” ; “saber o que estou a sentir”; “aprender a perceber o outro” “a ver quando a pessoa está triste ou feliz”.

Posteriormente entrou-se na fase de ação, onde todos os jovens estiveram participativos. Distribuíram-se folhas para que os adolescentes pudessem fazer as suas anotações sobre as emoções/sentimentos inerentes à interação que estabeleciam uns com os outros. Por períodos, o grupo evidenciou alguma distratibilidade, sendo necessário igualmente lembrar que nesta atividade o mais importante seria a comunicação não verbal, em detrimento da comunicação verbal.

Ficam as anotações referentes a cada adolescente (com enfoque específico para a presença ou ausência de ressonância afetiva)

Jovem A.M. (Perturbação do comportamento alimentar): com capacidade de identificar as emoções partilhadas, descrevendo ora um sentimento de tristeza ora de empatia em relação às emoções representadas pelos colegas. Na partilha final refere sentir-se “triste porque esta atividade desencadeou em mim emoções que me fizeram lembrar a vida lá fora.” (sic).

Jovem G. (Perturbação do comportamento, heteroagressividade): consegue identificar emoções consideradas de “extremo”, como a tristeza e felicidade. Maior dificuldade em identificar estados emocionais como o medo e tranquilidade. Mostra distanciamente afetivo quando os seus pares representam na atividade tristeza. Utiliza várias vezes o termo “tédio” (sic) para definir a atividade. Não participa na partilha final.

Jovem B.P. (Perturbação do comportamento alimentar): com capacidade de identificar as emoções partilhadas, descreve sentimentos de tristeza quando representado a tristeza e sentimentos de alegria quando representada a felicidade. Tem dificuldade em identificar a emoção medo. Na partilha final refere “fiquei muito triste quando vi os outros tristes, senti-me frustrada porque queria ajudar e não sabia como” (sic). “às vezes é difícil compreender o que os outros estão a sentir” (sic).

Jovem B.S. (Perturbação do comportamento alimentar): muito atenta, identifica sentimentos e emoções partilhadas e consegue também expressá-las.

Contudo, mostra-se indiferente aquando da representação dos estados emocionais por parte dos restantes adolescentes. Fraca ressonância afetiva. Na partilha final refere “é normal ver os outros tristes, fica-se um bocado triste, mas também não sei o porquê de ele [adolescente] estar assim” (sic).

Jovem S.M. (Perturbação do comportamento, heteroagressividade): mais distratil durante a atividade em comparação com os outros jovens. Capaz de reconhecer os estados emocionais. Embora apresente dificuldades em reconhecer os estados emocionais considerados menos de “extremo” como “estado de paz” , “calma” e de “dúvida/apreensão”. Na partilha final refere “senti-me muito assustado quando vi a pessoa com raiva.” (sic).

Jovem J. (Perturbação do comportamento, heteroagressividade): com capacidade de identificar as emoções/estados emocionais considerados de extremo, com a felicidade e tristeza. Pouca ressonância afetiva, aparentemente sem expressão emocional aquando da representação dos estados emocionais pelos outros adolescentes. Não participa na partilha final.

Jovem T. (tentativa de suicídio): com capacidade de identificar as emoções partilhadas, descreve sentimentos de tristeza quando representado a tristeza, mas refere que quando é representada a alegria que “não consigo sentir-me alegre” (sic). Muito assustada quando é representa a emoção de raiva. Sem reação emocional aparente quando é representado o medo.

Após a ação, abre-se espaço para se auscultar as emoções sentidas durante a atividade. Inicia-se a fase de partilha. Os adolescentes encontram-se na sua maioria participativos, embora necessitem de algum incentivo no início para iniciarem a partilhar. Cada adolescente partilha com o grupo a folha de papel onde se encontram desenhadas duas colunas. Primeira coluna: “as emoções representadas” e a segunda coluna “o que senti quando as emoções eram representadas”.

Nesta altura procura-se compreender o nível de congruência existente entre o que foi representado e o que foi percecionado pelos adolescentes. Constata-se que as emoções foram na sua globalidade “bem” percecionadas, embora fosse

relativamente mais simples reconhecer as emoções consideradas de extremo como a felicidade, tristeza, raiva, ansiedade.

Pede-se, em jeito de conclusão da sessão, que possam discutir os ganhos da sessão e se a mesma tinha correspondido às expectativas. Os jovens descreveram “foi importante porque ajudou-me a perceber melhor o que sinto”; “sei que fico triste quando vejo alguém triste, não gosto”; “senti muito medo quando o outro menino estava com raiva”; “a atividade foi uma lição importante para saber como lidar com as emoções.”

APÊNDICE XIII – ATIVIDADE “AS MINHAS MÁSCARAS”

POPULAÇÃO ALVO: Atividade realizada que contou com a participação de 8 dos 9 jovens internados. A jovem de 15 anos que não participou na atividade tinha indicação médica para cumprir repouso no leito, pelo que não estar presente na atividade terapêutica. Trata-se de um grupo maioritariamente composto por adolescentes do género feminino = 7; e um adolescente do género masculino. 2 adolescentes de 14 anos; 4 jovens de 15 anos; uma adolescente de 16 anos; uma adolescentes de 17 anos. Dos 8 participantes, 5 deles estiveram presentes na atividade da semana passada.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Crianças e adolescentes com agitação psicomotora.

OBJETIVOS: Promover o reconhecimento da forma como eu me vejo e a forma como me dou a conhecer aos outros; Promover a congruência entre os mundo interno (psíquico) e externo; Promover o auto-conhecimento;

LOCAL DA ATIVIDADE: sala de convívio – serviço de pedopsiquiatria, no dia 29 Janeiro.

DURAÇÃO TOTAL DA ATIVIDADE: 1h30min.

PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: AS MINHAS MÁSCARAS

	Intervenção	Objetivos	Recursos	Descrição da atividade	Dinamizadores	Tempo
Aquecimento	<p>Aquecimento específico</p> <p>“debate em torno: “como me dou a conhecer ao outro? O que não revelo?”</p>	<p>Fomentar a atenção/concentração do grupo;</p> <p>Preparar o grupo para a ação;</p> <p>Remeter o grupo para os sentimentos/emoções no ‘aqui e no agora’;</p> <p>Promover a partilha de sentimentos entre o grupo;</p>	Colchões;	<p>Os adolescentes são convidados a sentarem-se nos sofás;</p> <p>Explicado os propósitos da atividade e pedido aos adolescentes que possam pensar acerca das diferentes formas que adotam para se apresentam ao outro. “O que dão a conhecer ao outro? O que não partilham com o outro? De que formam se revelam nas relações que estabelecem?”;</p> <p>Prepara-se o grupo para a ação.</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	20’

Ação	As minhas máscaras	<p>Promover a expressão de sentimentos;</p> <p>Promover o auto-conhecimento nos adolescentes, quanto aos estados emocionais;</p> <p>Promover congruência entre o mundo interno e mundon externo;</p> <p>Promover o reconhecimento da forma como eu me vejo e a forma como me dou a conhecer aos outros;</p>	<p>Colchões;</p> <p>Lápis de cor;</p> <p>Papel;</p>	<p>É explicado aos jovens que o objetivo será traduzirem, através da construção de duas máscaras, o seu mundo interno e externo.</p> <p>Máscara do mundo externo: “a forma como me apresento aos outros; Máscara do mundo interno: “a forma como sou. O que não revelo”</p> <p>Cada jovem poderá escolher escolher o desenho ou a escrita para realizar a atividade; Deve, contudo, utilizar as máscaras previamente realizadas pelo enfermeiro.</p> <p>A atividade termina quando todos os jovens tiverem realizado as suas máscaras;</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	30'
------	--------------------	---	---	--	--	-----

Partilha	<p>Partilha através da palavra</p>	<p>Promover a consciência no “aqui e agora” das emoções/cognições que foram emergindo;</p> <p>Ajudar os adolescentes a darem significado ao que foi realizado e discutido na fase de ação;</p> <p>Facilitar e preparar o grupo para o desfecho da atividade.</p>	<p>Máscaras construídas;</p>	<p>É pedido a cada jovem que possa partilhar com o grupo as duas máscaras que construíram, realçando as diferenças e semelhanças entre elas;</p> <p>Promove-se o debate em torno da congruência entre os dois mundos e quais as dificuldades subjacentes à realização desta atividade;</p> <p>Numa palavra, devem descrever como se sente e como foi a sessão.</p>	<p>Enfª Susana Correia</p> <p>&</p> <p>Enfª Patrícia Pereira</p>	<p>30'</p>
-----------------	------------------------------------	--	------------------------------	--	--	------------

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A atividade “As minhas máscaras”, decorreu na sala de atividades/convívio, com início pelas 11h00 e o seu *terminus* por volta das 12h30min. O plano de atividades previamente estruturado foi na sua globalidade cumprido,

Como tem sido habitual, o plano da sessão foi estruturado e realizado de acordo com a metodologia: “aquecimento inespecífico/específico; fase de ação; partilha final”. O aquecimento teve como objetivo primordial preparar o grupo para a ação, recorrendo-se a um aquecimento específico cuja finalidade foi preparar o grupo para a discussão sobre o tema “de que forma me dou a conhecer aos outros? O que revelo e o que não revelo?”. Neste momento inicial, a maior parte dos jovens necessitaram que incentivo para poderem partilhar com o grupo o que estavam a pensar e a sentir. Alguns jovens foram partilhando que por vezes não demonstram verdadeiramente como se estão a sentir e que optam por “branquear” os seus sentimentos, principalmente quando são, por eles, considerados negativos. Sentimentos como a tristeza e zanga. Em relações que consideram “mais estáveis” e de maior confiança revelam que são mais capazes de verbalizar os seus sentimentos, mesmo os que consideram mais negativos. Abre-se espaço para falar acerca das dificuldades inerentes à partilha de sentimentos “negativos”. Os jovens revelam, na sua grande maioria, que as dificuldades estão associadas ao fato de “não quero mostrar que estou em baixo, para não preocupar os outros.” (sic). “tenho vergonha de dizer como me sinto” (sic); “eu sei que tenho que estar bem” (sic). Neste momento procura-se desmitificar o sentido moral atribuído aos sentimentos, como sendo “bons e maus”. Jovens mais envolvidos e atentos à atividade, estão, nesta fase, mais participativos.

Introduze-se os mediadores expressivos, máscaras, onde se pede que cada adolescentes que possa tirar duas máscaras, onde cada uma deve representar o mundo externo e interno. Os jovens representam como se sentem, em cada um dos mundos, utilizando a escrita ou desenho.

Neste momento, a jovem de 14 anos, B.B., internada por tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa voluntária, abandonou a atividade durante a partilha “sinto-me mal, não quero participar na atividade”. revela maior reatividade, acaba por ser acompanhada para o quarto dos colchões.

Seguem as anotações referentes aos que desenharam a escreveram os jovens em cada máscara: (fase da partilha)

Jovem S.A – (Perturbação do comportamento alimentar): opta pelo mediador de desenho. Na máscara externa realizou um desenho que representa “felicidade, timidez, mas tento sempre demonstrar felicidade e boa disposição.” (sic); na máscara interna: “zanga” (sic). Desenha trovões – que significam “tristeza com misto de alegria” (sic).

Jovem B. – (Perturbação do comportamento alimentar): opta pelo mediador de desenho. Na máscara externa realizou um desenho que representa: “calma ou então muito agitada da felicidade” (sic); na máscara interna: “por fora não mostra mas há sempre uma grande guerra entre mim na minha cabeça, quero sempre coisas opostas” (sic).

Jovem S. – (Tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa voluntária): opta pelo mediador de desenho. Na máscara externa realizou um desenho que representa: “uma rapariga alegre, sempre a querer fazer divertir os outros” (sic); na máscara interna: “sinto sempre mais tristeza do que alegria” (sic). Reporta-se com frequência para experiências anteriores, como os conflitos familiares.

Jovem R.F – (Perturbação do comportamento alimentar): opta pelo mediador de escrita. Na máscara externa escreve “sou uma rapariga serena, feliz e por vezes indiferente. Não me dou a conhecer, acho que faço isto para me proteger.” (sic). Na máscara interna escreve: “sou um enigma, até para mim. Substituível, às vezes nem eu própria me consigo compreender” (sic).

Jovem G. - (Perturbação do comportamento alimentar): opta pelo mediador de escrita. Na máscara externa escreve: “esperança, transparência, teimosia” (sic). Na máscara interna escreve: “por dentro sou pálido, se não puxarem mim por mim, não faço. Tenho poucas motivações” (sic).

Jovem A.S – (alterações do comportamento, déficit cognitivo associado): desiste facilmente, investe pouco na realização das máscaras. Refere sentir-se alegre e por vezes triste. “gosto de ser a palhacinha dos outros, fazer rir. Mas às vezes fico triste.” (sic).

Jovem L. – (Tentativa de suicídio com ingestão medicamentosa voluntária): opta pelo mediador de desenho. Na máscara externa realizou um desenho que representa: “sinto um vazio, tenho sempre a necessidade de não mostrar o que realmente estou” (sic); na máscara interna: “sou muito mais que isso, sinto demasiado as coisas, o interior é tudo negativo. Faltam cá cores. Faltam-me coisas para gostar de viver.” (sic).

Após esta partilha inicial, permite-se que os jovens possam falar acerca do que partilharam com o grupo e sobre aquilo que ouviram. Muitos dos jovens acabaram por se identificar com os seus pares referindo “também me sinto como tu.” Abre-se espaço para abordar a questão da incongruência existente entre o mundo externo e o mundo interno. Emerge a questão da moralidade associada aos sentimentos. Os jovens, na sua grande maioria, reportam-se para sentimentos “bons” e sentimentos “maus”. Nesta altura, desmitifica-se, novamente, esta questão e reforça-se a importância dos jovens poderem partilhar os seus sentimentos, ainda que possam ser, à partida, considerados como “maus”. De forma quase unânime, os jovens referem que, no seu mundo interior, os sentimentos mais frequentes são de tristeza e vazio mas que, paradoxalmente, sentem necessidade de demonstrar alegria e bem-estar, quando verdadeiramente não o sentem.

Os objetivos propostos foram globalmente atingidos, os jovens conseguiram, através da utilização de mediadores expressivos e através da partilha final, partilhar os seus sentimentos e darem-se conta das diferenças existentes entre o que sentem e o que revelam aos outros, nas relações que estabelecem.

Por último, é-me importante realizar uma anotação acerca da minha própria prestação e formas de sentir, durante a atividade. Naturalmente, com o passar do tempo de estágio, tenho-me sentido mais segura nas atividades que tenho realizado. Tenho procurado estruturar as sessões, nomeadamente as três fases das mesmas, com maior congruência entre elas. Por isso, tenho optado, sempre que possível, por

realizar aquecimento específicos que possam estar profundamente interligadas com a fase de ação da sessão. Contudo, durante esta sessão senti que por vezes deixei pouco espaço para o jovem participar ativamente na fase do aquecimento específico. Dei por mim a utilizar um método expositivo, onde expus muita informação teórica acerca da temática a abordar. Creio que, de forma inconsciente, optei por este método, como forma de me securizar e me sentir mais confiante. Contudo, parece ter sido pouco eficaz, uma vez que os adolescentes se mostraram, naturalmente, menos participativos e menos envolvidos. Durante a restante atividade, senti-me mais segura, envolvida e atenta a todo o grupo.

As desistências durante as atividades, são comuns. Mas aceitá-las não é um processo fácil. Após a desistência da B.B., fiquei a pensar : “será que foi falha minha?” “o que poderia ter dito ou feito para que a jovem se mantivesse na sessão?” “fiz uma avaliação inicial incorreta?” “deveria eu tê-la excluído à partida da sessão?”

APÊNDICE XIV – PRIMEIRO DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: CONTEXTO COMUNITÁRIO

A CHEGADA À EQUIPA COMUNITÁRIA PEDOPSIQUIATRIA

Quando me foi pedido que pensasse acerca de uma temática de interesse e intervenção, em contexto dos cuidados prestados a pessoas com doença mental, várias hipóteses me foram surgindo. Paulatinamente, o interesse em aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências no âmbito da prevenção e gestão da agressividade, foi ganhando força e os seus contornos foram sendo definidos ao longo da realização do projeto. Esses contornos faziam referência a uma projeção daquilo que seria o futuro. E esse futuro, que agora constitui o presente, determinaria a minha intervenção e integração num dos grupos terapêuticos que se realizam na Clínica do Parque.

A Clínica do Parque, constitui uma valência do Hospital D. Estefânia e garante a prestação de cuidados a crianças e famílias em regime parcial, que se encontrem numa situação de vulnerabilidade acrescida. Nesta perspetiva, todos os anos são formados novos grupos, onde a intervenção grupal pretende dar resposta às necessidades atuais de cada interveniente. Conta com a participação de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente 4 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, elementos estes fundamentais na e para a dinamização dos grupos terapêuticos.

Na altura em que me foi proposta a integração nesta equipa, o sentido da minha intervenção ainda se encontrava em construção. Todavia e, tendo em conta os pressupostos inerentes à intervenção aí realizada, pensei que pudesse ser uma ótima oportunidade para desenvolver o meu trabalho. Fantasiei como seria o trabalho do enfermeiro especialista, fantasiei em relação ao perfil das crianças / adolescentes que constituem o grupo e até conseguia imaginar como seria o espaço físico onde a intervenção se realizaria. Sentia-me motivada, muito embora apreensiva quanto à minha integração num grupo com estas características. Estaria eu preparada para dar respostas às necessidades do grupo?

Agora, passado pouco mais de um mês desde o dia em que iniciei este trabalho, emerge em mim a necessidade de fazer um balanço e retrospectiva de como tem sido esta experiência para mim. Até porque hoje, dia 3 Dezembro, se fechou um ciclo importante: o dia em que o grupo ficou definitivamente formado. Seremos, de hoje em diante, nove pessoas.... três adultos motivados e expectantes que esperam ajudar a promover um novo sentido das vivências de seis

crianças/adolescentes que procuram conforto e novas ferramentas que amenizem o seu sofrimento psíquico.

No meu primeiro dia de estágio, apresentei-me no designado Hospital de Dia. A decoração da porta da clínica remeteu-me imediatamente para a minha própria infância, mãos pintadas, com cores vivas, contornos suaves e finos, tal como os das mãos das crianças... sentia-me a entrar num espaço calmo e reconfortante, que se assemelhava à descrição que todos nós temos de lar. Por mais tensa que me poderia sentir, era impossível não me sentir bem num espaço tão familiar. Todo o espaço da clínica far-me-ia lembrar os conceitos de família e afectos, haviam várias fotografias nas paredes da clínica, desenhos realizados pelos meninos que frequentavam o espaço e tantos outros artefactos representativos do trabalho inigualável que aí se realiza.

À medida que o Enfº R. me apresentava o espaço, paralelamente imaginava como seria bom se eu própria lá pudesse trabalhar...sentia-me integrada, próxima daquilo que um dia imaginei que pudesse ser o meu percurso profissional.

Os meninos foram chegando....o enfº R. encarregou-se de me apresentar aos três meninos e às suas mães. O primeiro impacto foi relativamente tranquilo, as mães, com o seu contato cordial e afável, acolheram com facilidade a minha entrada naquele espaço que me era novo. Dois dos três meninos, apresentavam um contato espontâneo, afável, o que facilitou também a minha aproximação com eles. Contudo, faltava um elemento. Um jovem de 14 anos, J., que apresentava um contato claramente mais inibido, praticamente sem dirigir o olhar, com discurso provocado e monossilábico. Ainda sem conhecer profundamente a sua história, sentia-me empática com o seu sofrimento e imaginei o quão difícil seria para aquele adolescente estar presente num espaço desconhecido. Este jovem chamou-me particularmente à atenção por apresentar de forma tão evidente os sinais das suas dificuldades atuais: trata-se de um jovem que, em contexto de um conflito familiar, acabou por dirigir a sua agressividade contra uma janela, resultando na fratura do seu membro superior dto.

Durante estas primeiras sessões, fomos conhecendo uns aos outros: Dois jovens, um do género masculino e outro do género feminino, fazem parte deste grupo terapêutico há três e dois anos, respetivamente. São jovens com percurso de vida pautado por conflitos familiares e grande instabilidade do ponto de vista

emocional. O outro jovem é acompanhado igualmente há vários anos, numa abordagem mais individual e, tendo em conta as suas dificuldades, foi-lhe proposto este ano integrar este grupo terapêutico.

Apesar de considerarmos que o grupo constituído é novo, uma vez que houve saídas e entradas de elementos, há um sentido de continuidade do trabalho, que se reflete pela presença dos elementos que acima referi. O espaço terapêutico estava, de alguma maneira, construído. Havia laços, afetos, sentimentos e pensamentos que pertenciam àquele espaço e àquele grupo. Mas ainda assim, senti que havia tanto que se podia edificar. Nas duas primeiras sessões, os meninos apresentaram-se a mim e vice-versa. Foi o meu primeiro contato autêntico com a dor que cada um deles traz. Estas sessões foram dirigidas pelo enf^o Ricardo, que tão bem os conhece e que, nos momentos adequados, abordou os seus temas delicados. O que me chamou mais à atenção, foi a espontaneidade com que dois deles partilharam coisas tão pessoais, tão suas...comigo, comigo que pouco conhecem e quase ou nada temos construído em conjunto. Fez-me pensar em duas grandes questões: a ingenuidade característica das crianças que todos nós vamos perdendo ao longo das nossas vidas e também no sentimento de confiança que aquele grupo gere nestes miúdos. No que se refere à segunda questão, Bechelli e Santos (2005), fazem referência ao processo de amadurecimento que estas próprias crianças viveram dentro do grupo terapêutico: o tempo passa e os “os participantes tornam-se mais envolvidos e comprometidos entre si, compartilham ideias, trocam experiências (...) os assuntos do grupo são tratados de forma confidencial e, à medida que os participantes desenvolvem respeito e confiança mútua, começa a assumir riscos nos temas examinados e na interação estabelecida.” (2005, p. 2).

Uma semana mais tarde, o J, um jovem de 15 anos que havia integrado um grupo terapêutico semelhante nos últimos dois anos, foi acolhido pelos outros três meninos e por nós enfermeiros, neste novo grupo. Através da entrada deste jovem, que se fez de forma tão natural e calma, consegui novamente constatar que o *setting* terapêutico e o grupo podem ser claramente promotores de confiança e sentimentos de segurança. Também Yalom e Ballinger fazem referência à importância da abordagem grupal, uma vez que “oferece aos seus participantes, uma ambiente livre para o contato social, que é seguro e confiável.” (1995, p. 4).

Mais três meninos/adolescentes integraram o grupo no decorrer destas semanas. O trabalho até aqui desenvolvido tem tido como objetivo *major*, conhecer melhor todos os seus elementos, como seres individuais e como parte integrante de um grupo social, pelo que ainda se encontram em construção os papéis assumidos por cada elemento, os canais de comunicação estabelecidos e os seus próprios posicionamentos dentro do grupo e *setting* terapêutico. Por outras palavras, diria que ainda estamos todos na fase da construção de uma identidade grupal.

Relativamente às sessões propriamente ditas, tem sido particularmente interessante observar o posicionamento e forma como o enf^o Ricardo dirige as sessões. Sustentando a sua intervenção em princípios sociodramáticos, as sessões têm apresentado um grau elevado de espontaneidade, pelo que o trabalho desenvolvido está sempre associado às questões e preocupações que vão surgindo no “aqui e no agora”.

O Sociodrama é um método psicopedagógico de trabalho com grupos que facilita a aprendizagem de conceitos e atitudes por meio da vivência. Ele apoia-se na ação e no conceito de espontaneidade, esta concebida como resposta própria da pessoa adequada às relações de seu contexto social. E tem uma proposta de transformação nos indivíduos e sistemas sociais.

(Marra, Costa, 2004 citado por Gonçalves, Gomes, 2013).

Esta realidade é, para mim, olhada como um verdadeiro desafio, uma vez que apela ao sentido de criatividade, exigindo igualmente que o terapeuta apresente uma grande capacidade de resposta e resolução de problemas. O tema de cada sessão é obviamente pensado por nós, Enf^o Ricardo e pelos co-terapeutas, nestes caso por mim e pela Enf^a Vanessa. Todavia, trabalhamos exclusivamente com o que vai emergindo ao longo da sessão. Abandonar o modelo de sessões previamente estruturadas e planeadas e abraçar esta nova metodologia de trabalho tem sido uma experiência bastante enriquecedora para mim. Com esta metodologia, sinto que estou mais atenta ao próprio grupo e suas reações, bem como às minhas próprias emoções e pensamentos que daí decorrem. É o próprio grupo que vai construindo as sessões. Concretamente, é através dos elementos que vão surgindo que o terapeuta e o co-terapeuta vão conduzindo as sessões, procurando, obviamente respeitar as diferentes fases em que cada menino se encontra, há um espaço bastante grande para a espontaneidade. O fato de serem sessões desta índole, tão

abertas e tão capazes de gerar novos elementos e sensações, provoca um sentimento de alguma insegurança para mim, dado o grau de imprevisibilidade que lhes está inerente.

Esta posição exige bastante do terapeuta. A ativação e utilização do “aqui e agora” implica que o terapeuta esteja com uma atenção plena no que está a acontecer e que tenha uma capacidade de análise apurada para compreender as subtilezas que acontecem nas interações do grupo. Tão importante quanto o envolvimento do indivíduo nesta ação é também o reconhecimento por parte do terapeuta e co-terapeuta do que está a acontecer, a sua análise e compreensão (Yalom, Leszcz, 2005).

Para além disso, tem sido enriquecedor compreender o papel do terapeuta neste tipo de grupos. É claro que o próprio terapeuta, enquanto líder, tem sempre um papel fundamental de modelar o grupo. Para isso deve ser responsável por criar uma rede de interações. Contudo, as comunicações entre os participantes não têm necessariamente que passar pelo terapeuta. (Yalom, Leszcz, 1995). À medida que o grupo ganha a sua identidade e que os indivíduos ganham autonomia, eles próprios procuram nos seus pares, os seus agentes terapêuticos. Esta questão do grupo funcionar como o próprio agente terapêutico é uma perspetiva muito interessante que tenho debatido com o enfº Ricardo e parece-me ser a condição ou ganho fundamental do trabalho desenvolvido em grupo.

As discussões em torno de cada caso e a partilha final que a equipa (enfº R.e enfº V.) têm proporcionado no final de cada sessão são igualmente promotoras de várias aprendizagens. Cada um de nós apresenta a sua perspetiva e opinião clínica acerca do que emergiu na sessão e sobre outros assuntos que achemos importante debater em grupo. Fala-se acerca da evolução de cada menino e procura-se perspetivar o trabalho da próxima sessão, garantindo a continuidade do cuidar... Há também abertura no seio da equipa para falarmos acerca das nossas próprias dificuldades e de que como nos fomos sentindo ao longo da sessão, fato este que me tem deixado muito à vontade e com clara certeza do caminho que tenho realizado no meu desenvolvimento pessoal. Tem sido gratificante trabalhar com jovens desta idade, embora nem sempre seja fácil acolher tanto sofrimento psíquico. É difícil aceitar que pessoas de tão tenra idade já carreguem consigo tamanha bagagem familiar e social, onde a instabilidade emocional e ambientes por vezes

aterradores façam parte do seu dia a dia. Não é possível ficar-se indiferente a estas questões e muitas vezes me questiono como seria a vida deles sem esta bagagem que considero tão pesada. Curiosamente, há uns dias atrás ouvi um comentário que me fez tanto sentido “a grande dificuldade em trabalhar com estas crianças passa pela dificuldade em voltarmos à posição de criança que um dia fomos. Um dia que já lá vai, em que também nós tivemos as nossas próprias dificuldades.” E é certo que as tive, é certo que nem sempre vivi com a tranquilidade desejada, pautada por algumas perdas importantes, que também me fazem respeitar e mostrar apoio incondicional a este tipo de jovens.

Em suma, dizer que esta experiência demarca-se pelos sentimentos positivos que lhe estão inerentes e pelos demais conhecimentos que tenho adquirido. As discussões em torno de questões mais conceptuais e teóricas como também a partilha em tornos das nossas próprias vivências, tem-me ajudado a compreender melhor o que é ser-se enfermeiro na área de saúde mental e psiquiatria. Tão ou mais importante que saber fazer é saber ser... E não há nada melhor que voltar a percorrer o caminho da nossa infância e de toda a ingenuidade que deixámos para lá...

APÊNDICE XV – SEGUNDO DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: CONTEXTO COMUNITÁRIO

INVERSÃO DO PAPEL PARENTAL. QUANDO OS FILHOS SE TORNAM PAIS

*Um dos papéis mais importantes dos pais
é o de ajudarem os filhos a crescer.
Para isso, é preciso saber ser crescido.
Com calma, segurança e paz, dizer:
“Vai, segue em frente. Olhos levantados.”*

Strecht, 2004

DESCRIÇÃO. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS....

E a dúvida nasce quando... não sabemos ser crescidos e quando os nossos próprios filhos assumem o papel de nossos pais e cuidadores...

É desta forma, uma forma que se afigura para mim, tão incisiva e fria, que inicio esta jornada de introspeção, reflexão, lembranças, recordações, pensamentos e sentimentos...

Esta é uma realidade crua que acompanha tantos e tantos jovens que, por uma imensidão de circunstâncias da vida, fizeram-se pais dos seus próprios pais, foram chamados a exercer papéis e a vestir um “fato” que não lhes pertence, são pais sem nunca terem pedido para terem filhos, muito menos crescidos.... cuidam de outros, exatamente no período em que eles próprios deviam ser cuidados... Sem nunca ninguém lhes perguntar, são hoje e, talvez amanhã e depois, pais em vez de filhos...

O quão difícil é vestir um fato que não é nosso, subir ao palco e representar um papel que não é, de todo, nosso?

Este diário de aprendizagem tem por *core* a reflexão em torno de um tema que me é particularmente sensível. É talvez um dos jornais mais difíceis de realizar durante este percurso de desenvolvimento enquanto estudante e futura especialista em saúde mental. Dei por mim, em tantos momentos, a escrever e a apagar, escrever e pensar que não o deveria fazer, sempre assolada pelo sentimento ou necessidade, de ser capaz de distanciar e separar de forma meticulosa, aquilo que é meu, enquanto pessoa e aquilo que é meu, enquanto profissional de saúde.

Sabemos à partida que o *self* corresponde à essência de cada um, na sua interface de subjetividade constituída por várias partes que integram o ser. Afigura-se, portanto, difícil ou, de outro modo despropositado, tentar separar-me enquanto pessoa e profissional. Embora considerando eu própria como pouco apropriado, ainda me é particularmente difícil integrar essa realidade e reposicionar-me perante esta realidade... especialmente perante esta temática que ainda me é tão viva.

Este jornal de aprendizagem emergiu da discussão em torno do tema “inversão do papel parental” que acontecera na última sessão de grupo terapêutico, no dia 14 de Janeiro. Para mim, não era novidade que esta realidade existia no seio deste grupo, em vários momentos, em conjunto com o enfermeiro orientador R. e enfermeira Vanessa, fomos debatendo esta questão, trocando ideias e pensamentos acerca desta problemática. Falámos muitas vezes do caso concreto de J.P, que durante anos assumiu o papel de pai e cuidador da sua mãe, uma mulher com patologia aditiva de álcool, incapaz de desempenhar o seu papel enquanto mãe. No seu extremo, falamos de um jovem, agora com 15 anos de idade, que se viu privado de frequentar a escola durante três anos consecutivos, desenvolvendo um relação fusional/patológica com a sua mãe. Incapaz de pensar-SE, para além do vínculo estabelecido com a mãe relata, hoje em dia, que tinha “um grande medo de abandonar a minha mãe e de lhe acontecer alguma coisa. Por este motivo, não conseguia estar longe dela.” (sic). Por esta e outras razões, a guarda do J.P foi atribuída a uma Instituição há uns anos atrás, ainda que o mesmo mantenha contato permanente com a sua família nuclear (mãe, pai e avó).

Também mais recentemente, outras histórias partilhadas com o Enfermeiro R., nomeadamente o percurso do adolescente L.M., igualmente filho de um senhor com uma patologia psiquiátrica grave (esquizofrenia), onde também se verifica uma inversão do papel parental, me tinha suscitado vários momentos de reflexão e instropeção. Pensamentos como “alguém lhe rouba a infância e adolescência...” “não é justo ser chamado a crescer de forma tão rápida”, “quem tem o direito de o privar de viver num ambiente acolhedor, num lar securizante onde lhe possam dizer: *“Vai, segue em frente. Olhos levantados.”* ?”

Os meus pensamentos eram pesados, sentia-me francamente triste por estes miúdos. Gostava de os poder dar conforto e apenas dizer: “Vai ficar tudo bem...Rapidamente vocês voltarão a ser cuidados, tal como vos é de direito...”

Embora queira muito acreditar nessa possibilidade, não sei se um dia isso acontecerá...e essa incerteza dói tanto que se torna difícil traduzi-la em palavras, juntas e organizadas, capazes de se tornarem num texto possível de ler...

Até hoje, o relato pela voz do enfº R. provocava dor. Uma dor que me ia sendo suportável e possível de gerir. Por vezes reavivavam-se memórias que se traduziam em género de apertos, uma ligeira inquietação dos membros inferiores e um ou outro sinal perfeitamente controlado por mim, como forma de nunca poder ser visível aos outros que me acompanham, o meu desconforto perante esta realidade.

Contudo, voltar ao contato com ela [realidade], através do relato construído na primeira pessoa foi assolador. Medo, tristeza, zanga, mágoa, sem chão...foi assim me senti naquela sessão, no momento exato em que o L.M., um miúdo corajoso, partilha com o grupo: “o meu pai tem uma doença mental (...) estou preocupado com ele, ele vai viajar sozinho (...) gostava de ir com ele, mas sei que não posso (...) não quer que ele fique mal (...) se eu e a minha irmã não cuidarmos dele, quem cuidará?” (sic). À medida que a partilha prosseguia, o L.M ficava visivelmente emocionado, a sua voz trémula e seu queixo a tremer permitiam-me imaginar o quão “destruído” se encontrava naquele momento. E eu, à sua semelhança, também me sentia assim, “destruída”...

Fui-me dando conta que, num ápice, viajei no tempo, voltei à adolescência e, por mais que tentasse voltar ao presente, não estava a conseguir. Não consegui manter o controlo, quis sair o mais rápido deste estado, sentia que não era benéfico para o grupo, ver-me e sentir-me daquela maneira. Sentia-me um *puzzle* desmontado, com peças perdidas, difíceis de encontrar. Sem alternativas, pensei em sair da sala. Pensei em abandonar aquele espaço, nem que fosse por uns breves segundos, o ar estava, naquele momento, irrespirável. Estava, sem qualquer sombra de dúvidas, a identificar-me com aquele miúdo...foi um aceder da luz de um quarto que já se encontrava às escuras há uns anos. Quarto arrumado, pensava eu, onde eu não quis voltar, pelo menos, naquele momento não era tempo de o fazer. Infelizmente, não consegui... e sentia-me culpada por não ser capaz de não me sentir daquela forma.

O grupo, nomeadamente o J.P, foi convidado a participar na partilha e a devolver-lhe os seus próprios pensamentos e sentimentos. “Eu sei o que isso é, eu já senti muita raiva da minha mãe! (...) eu sei que é muito difícil para ti pensar desta

forma, mas tens de ser egoísta e pensar só em ti...” Quantas vezes não quis eu própria ouvir estas palavras? A partilha continuava, o testemunho do J.P soava-me de forma tão genuína, estava a ser capaz de proporcionar conforto ao L.M, e imaginei que seria tão bom recebê-lo naquele momento delicado.

Quando o enfº R. interveio, senti-me aliviada, felizmente não fui “chamada” a intervir, por certo não conseguiria fazê-lo. Aliás, desde que esta interação começou que me sentia inabilitada para utilizar a palavra para chegar até aos adolescentes. A surpresa, o nó na garganta, a minha perplexidade não me permitiram dizer absolutamente nada. “pareceres preocupado, sentimos isso L.M. O teu pai não estará sozinho, há quem cuide dele, esse não é o teu papel”, acrescentava o enfº Ricardo. Eu acreditava nessa certeza, sabia que era assim mesmo, mas foi inevitável pensar: “pois, sim...parece fácil...”

Falávamos agora dos sentimentos que emergiam da relação entre pais e filhos, o L.M, num discurso dominado pela necessidade de proteger o pai, dizia: “ele não tem culpa de ter uma doença mental, qualquer um de nós pode ter e, por isso, nunca senti raiva nem ódio por ele...” E eu pensava “não tem mal sentirmos essas coisas pelos nossos pais...” os relatos dos outros adolescentes foram fundamentais nesta altura, o J.P, o J.C e o D., acrescentavam: “eu já senti zanga” “eu também...” “quando os meus pais me tratam pelo diminutivo não gosto nada, dantes não sabia mas agora sei que isso me enerva” (sic). Que evolução tão extraordinária, que capacidade tão grande em pensarem-SE, em partilharem algo que à partida seria condenável, do ponto de vista social. E se eu tivesse sido capaz de pensar daquela maneira? Estava na corda bamba naquela altura e a tendência era sempre voltar a ser a adolescente ao invés da personagem adulta que sou na atualidade.

Num abrir e fechar de olhos, o enfº R. introduziu um mediador expressivo e iniciou-se uma atividade que remetia para a expressão corporal, que alívio! Sentia-me como se estivesse estado dentro de água durante largos minutos sem respirar e, de repente, foi-me possível colocar a cabeça fora de água... Nesse meu local imaginário, era tudo mais confortável...

*You're asking again I told you before
The beautiful smile hides the troubled soul
Sad faces influence so easily
I already have enough of that inside of me
So funny you're still around after all these years*

*Ran away so many times, always ended up here
Could not ask for a thing from you
All you gave me I afforded to loose
You see
It's all too sad for me
It's too hard for me... to believe
It's too painful for me
It's so hard for me... to give
Too scared to jump, too dumb to fly
What side is stronger on this double-faced mind?
I make lies all day to keep the pain away
God knows my sins are already too big to pay
Even the tears I forget the taste
Maybe I should try to lick them off your face
And though I do try the best that I can
You had to be me to understand that
It's all too sad for me
It's too hard for me... to believe
It's too painful for me
It's so hard for me... to give
Smile On, Hang On
Silence 4 – To Give.*

AVALIAÇÃO...

Não obstante do sofrimento que este momento me causou, é-me seguro partilhar os ganhos obtidos desta experiência. De forma geral, o que considero ter sido mais relevante e positivo foi o fato de me ter proporcionado uma maior consciencialização de mim própria, das minhas dificuldades e barreiras. Estar em constante relação com o adolescente remete-me muitas vezes para a minha própria vivência e particularmente nesta situação, foi-me muito difícil conseguir voltar ao meu papel atual, como adulta, como profissional de saúde a integrar um grupo terapêutico tão especial e frágil. Dar-me conta que é impossível “desintegrar” o nosso *self* durante a relação que estabelecemos com o outro, dar-me conta que sou eu que ali estou, com as minhas histórias do passado, com experiências e vivências

que afinal não podem ser esquecidas. Por outro lado, saber que o caminho apenas se realizará com a tomada de consciência que elas existem e que fazem parte de nós, neste caso de mim. Existe, com certeza ainda muitas reservas em conseguir partilhar e gerir alguns aspetos mais pessoais, ao longo das interações estabelecidas com os outros, especialmente com os outros de quem cuidamos. Contudo, é-me menos “aterrador” pensar que os sentimentos e pensamentos e, por vezes, memórias antigas possam surgir durante as relações que estabelecemos no nosso dia-a-dia profissional. Ainda assim, senti que preciso de algum tempo para restabelecer-me em relação ao que se passou naquela sessão, preciso de tempo para integrar todas aquelas vivências e dar-me conta de tantas outras coisas que estarão por vir....

Esse tempo que sublinho será, aliás...tem sido fundamental. É esse tempo que me permite, agora com outro distanciamento compreender o porquê de me ter sentido perplexa durante a interação e de não ter conseguido proferir uma única palavra durante largos minutos. O grau de espontaneidade de grupos com estas características constitui um enorme desafio para mim. É como se me pedissem para subir ao palco e começar a improvisar. Passo a passo, mais confiante em mim, tenho a certeza que conseguirei ser melhor. Todavia, não me parece que esteja preparada para conseguir trabalhar as questões da inversão do papel parental com estes miúdos.

No que concerne aos aspetos menos positivos, de salientar a minha dificuldade em ter intervindo durante a partilha do J.P e do L.M. Foi a primeira vez que contatei com a minha própria dor, através do relato feito na primeira pessoa, de adolescentes como o L.M. e J.P. Não sinto que a minha intervenção tenha sido a mais apropriada naquele momento. É-me difícil mobilizar-me enquanto instrumento terapêutico no concerne a questões relativas com a inversão do papel parental, quando os filhos são pais dos seus próprios pais...

Teria sido interessante partilhar estas minhas dificuldades imediatamente após a sessão, mas, mais uma vez, senti necessidade mas não fui capaz de o fazer. Há sempre qualquer elemento, ação, pensamento ou sentimento que me fazem desistir da partilha com o outro. Mais uma vez, fiz o que sempre faço...remeti-me ao silêncio e tentei “digerir” o que me passava pela cabeça. Mas agora, com uma maturidade e

um olhar diferente, contatei com a dor e por lá permaneci... na expectativa de conseguir olhar-me de uma forma...

ANÁLISE...

O fenómeno de *Parentification*:

Com a evolução e a crescente preocupação com os direitos humanos fundamentais, sobretudo os das crianças, seria exetável que todas as condições estivessem reunidas para um desenvolvimento saudável tanto físico como psicológico das mesmas (Silva, 2008). Em primeiro lugar, um filho deveria ser o resultado de um projeto comum dos pais e, nos seus direitos, deveriam constar o direito a ser desejado por estes: ter uma mãe disponível, o que representa, como defende Winnicott (1995,1997) “ser uma mãe suficientemente boa”, ou ainda, ter um pai presente. Não obstante, é frequente observar que o projeto parental educativo, ultrapassa a disponibilidade parental que pode resultar num excessivo dispêndio de energia ou, por outro lado, numa despreocupação, desapego, negligência ou até hostilidade (Silva, 2008).

Uma maneira muito subtil para criar danos na criança é transformá-la no pai/mãe dos seus próprios pais. Este processo é chamado *parentification*, e não deve ser confundido com a parentalidade. *Parentification* pode ser definida como uma inversão de papéis entre pai e filho. Necessidades pessoais de uma criança são sacrificados, a fim de atender as necessidades dos pais. A criança, muitas vezes, desiste das suas próprias necessidades de conforto, atenção e orientação, a fim de atender as necessidades e cuidados logísticas e emocionais dos pais. Neste fenómeno, os filhos oferecem aos pais, o que eles próprios deveriam receber deles.

Lopéz de Victoria (2008) faz alusão a dois tipos de *Parentification* instrumental, onde a criança/adolescente atende a necessidades físicas ou instrumentais da família/pais, como por exemplo, cuidar de outros irmãos, executar atividades de vida instrumentais; *Parentification* emocional, a criança/adolescente procura satisfazer as necessidades emocionais dos pais e frequentemente de outros irmãos, normalmente este tipo é mais destrutivo para a criança e pode trazer consequências graves na forma como a mesma estabelecerá relações emocionais no futuro.

Fenómeno de transferência e contratransferência:

Em diversas ocasiões, nós, profissionais de saúde mental, durante a nossa prática, nos deparamos com um conjunto de sentimentos, como o amor, amizade ou ódio que nos são endereçados pelos clientes. Noutros momentos, damos conta que nós próprios também nutrimos esses sentimentos. Falamos portanto dos fenómenos de transferência e contra-transferência que podem estar presentes na experiência do cuidar.

Alguns pontos devem ser tidos em consideração acerca do fenómeno de transferência: “ela é uma manifestação do universo subjetivo do paciente, que encontrou na figura de determinado cuidador a possibilidade de manifestação, pois é compatível com as condições de relação previamente estabelecidas pelo sujeito (...) a presença concreta do cuidador faz parte da transferência, desta recombinação dos elementos da infância e das experiências atuais. Mas esta presença é marcada realidade subjetiva do paciente, que faz do cuidador alguém construído por ele.” (Corpas, Loyola, 2005).

No que diz respeito aos fenómenos de contratransferência, Freud explana que seriam as reações do profissional à transferência do cliente. Assim, não há contratransferência sem transferência. Esta reação contratransferencial está vinculada à subjetividade do próprio profissional, seus valores, crenças, afetos e principalmente seu inconsciente.

Os fenómenos transferenciais e contratransferenciais fazem parte do universo de cuidados de enfermagem psiquiátrica. Considerar a sua existência é pensar na dinâmica e complexa relação enfermeiro-cliente, a partir de noções como o inconsciente, amor, desejo e subjetividade (Corpas, Loyola, 2005).

Cuidar em saúde mental é assistir o cliente, baseando a sua prática no entendimento de que o papel do enfermeiro é o de próprio agente terapêutico e, que a sua ação terapêutica se baseia no relacionamento estabelecido com o cliente a partir da compreensão do significado do seu comportamento.

PLANEAR A AÇÃO...

Após o episódio que aqui foi relatado, senti necessidade de refletir acerca da minha postura enquanto profissional de saúde, principalmente no que concerne à prestação de cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes com doença mental. A minha experiência profissional remete-se para a prestação de cuidados de

enfermagem psiquiátrica a pessoas adultas e idosas, em situações de crise. Não tem sido particularmente fácil cuidar de crianças e adolescentes, uma vez que me tenho deparado com as minhas próprias incertezas e dificuldades. Voltar ao papel de adolescente, já sendo adulta e na posição de profissional de saúde, faz-me pensar acerca das minhas capacidades e também nas minhas barreiras. Estarei eu preparada para enfrentar situações passadas e considerá-las no presente, durante as relações profissionais que estabeleço com crianças e adolescentes? É uma pergunta que me faço constantemente. As experiências até aqui vividas têm produzido uma riqueza enorme, quer do ponto de vista pessoal, como profissional. Mas nem sempre tenho a certeza acerca da minha capacidade para me mobilizar enquanto agente terapêutico para estes miúdos.

Neste percurso académico, cada vez mais perto de me tornar especialista na área de saúde mental, há uma certeza que carrego comigo. A necessidade de partilha de experiências com colegas, a necessidade de supervisão dos cuidados, da capacidade de me colocar em causa e, sem medos, conseguir partilhar os sentimentos e pensamentos que surgem nas relações estabelecidas com os cliente. Atitudes que outrora poderiam ser consideradas sem maiores implicações, devem ser agora analisadas e contextualizadas aos fenómenos subjetivos e levados em conta na relação terapêutica. É preciso saber e dar lugar aos fenómenos de transferência e contratransferências resultantes da relação e saber o que eles produzem na e para a mesma. Tanto na transferência como na contratransferência há atualizações de questões singulares, a forma como expressamos os seus resultados deve ser realizada cuidadosamente, para não produzirem no cuidador um posicionamento indevido capaz de causar dano à pessoa que está a ser cuidada.

Nesta continuidade e, no que diz respeito ao tema desta reflexão, devo dizer que ainda não me sinto capaz de atuar como agente terapêutico para estes adolescentes. Há um caminho a percorrer, reflexões e pensamentos a considerar, num sentido de crescimento pessoal e, obviamente, profissional.

No futuro, estou certa que não responderei com perplexidade e silêncio perpetuado. Mas não me sentirei ainda confortável, por certo. Consciente das minhas próprias limitações e barreiras, terei como atitude responsável a articulação com outro colega mais capaz que eu que possa abordar estas questões com as crianças e adolescentes.

APÊNDICE XVI – RESULTADOS OBTIDOS SDQ

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão dos
Pais/Professores

Os 25 *itens* que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 *itens*. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de colocar a pontuação total das dificuldades. Cada *item* tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 4 itens tenham sido respondidos.

Nota: Apenas os pais do adolescente D.G responderam ao SDQ, no início do grupo terapêutico.

	Escala Sintomas Emocionais	Escala Problemas Comportamento	Escala Hiperatividade	Escala Problemas Relacionamento com os colegas	Escala comportamento Pró-social
	8	6	10	6	9
Pais D.G.	anormal	anormal	anormal	anormal	normal

PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIFICULDADES: 30

(onde se exclui a escala de comportamento pró-social)

INTERPRETAÇÃO: anormal.

PONTUAÇÃO ESCALA COMPORTAMENTO PRÓ-SOCIAL: 9

INTERPRETAÇÃO: normal.

PONTUAÇÃO TOTAL “SUPLEMENTO DE IMPACTO”: 9

INTERPRETAÇÃO: anormal.

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão dos Adolescentes

Os 25 *itens* que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 *itens*. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de colocar a pontuação total das dificuldades. Cada *item* tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 4 itens tenham sido respondidos.

Adolescente	Escala Sintomas Emocionais	Escala Problemas Comportamento	Escala Hiperatividade	Escala Problemas Relacionamento com os colegas	Escala comportamento Pró-social
D.G.	9 anormal	2 normal	8 anormal	4 limitoforme	9 normal
N.A.	7 anormal	0 normal	2 normal	4 limitoforme	7 normal
J.P.	0 normal	0 normal	0 normal	0 normal	10 normal
J.C.	1 normal	4 limitoforme	4 normal	2 normal	6 normal
L.M.	7 anormal	2 normal	4 normal	4 limitoforme	8 normal

RESULTADOS DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIFICULDADES:

(onde se exclui a escala de comportamento pró-social)

D.G.: 30 - anormal

N.A.: 13 – normal

J.P.: 0 – normal

J.C.: 11 – normal

L.M.: 17 - limitoforme